THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

A. BERGER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE CHRONIQUE

Président : M. P. DUVAL, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, GOSSET, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBOULLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE Henri	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA CHÈRE FEMME

A MON FILS

A MA FAMILLE, A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA DOULOUREUSE ET CHÈRE MÉMOIRE

DE MON PÈRE, DE MA MÈRE

DE MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

Le Docteur J. ROUBLEFF

Qui nous a toujours intelligemment conseillé au cours de nos premières années d'études, tout en nous montrant sa profonde affection. Hommage de gratitude.

77420

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR J. GOLDMAN

Directeur regretté de la Villa Molière

Qui a toujours été pour nous un guide affable pendant notre internat à cet Hôpital et pour lequel nous conservons toute notre reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique et de Thérapeutique chirurgicales
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'honneur

En hommage de reconnaissance pour le grand honneur qu'il veut bien nous faire en présidant notre thèse.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur BAUDET

Chirurgien de l'Hôpital Bichat
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous a toujours accueilli avec la plus grande bienveillance et qui, par ses conseils éclairés, sa méthode scientifique rigoureuse, et ses préoccupations constantes de ne rechercher que la vérité, nous a grandement facilité l'élaboration de cette thèse.

Qu'il nous soit permis de lui adresser nos plus vifs et nos plus sincères remerciements.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur ALBERT ROBIN
M. le Professeur WIDAL
M. le Docteur BAZY
M. le Docteur WALTHER
M. le Docteur DEVRAIGNE
M. le Docteur MARION
M. le Docteur LEPAGE
(*In memoriam*)
M. le Docteur LESNÉ
M. le Docteur NETTER
M. le Docteur ROBINEAU

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE CHRONIQUE

I. — PRÉFACE

L'histoire d'appendicite chronique a été d'abord mêlée intimement à celle de l'appendicite aiguë, mais elle en a été détachée rapidement. Dire à la suite de quels travaux cela s'est fait, est un chapitre fort intéressant d'historique qui a été exposé plusieurs fois déjà dans de nombreuses thèses, mais je crois inutile de le reproduire à mon tour. Je citerai cependant, et par esprit d'équité seulement, les articles de Brun, en mai 1897, parus dans la *Presse médicale* ; les communications diverses du Congrès français de Chirurgie en 1898 et celles très nombreuses de Walther ; les analyses histologiques de Letulle et Weinberg et enfin la mémorable discussion soulevée à l'Académie de Médecine en 1903 à la suite de la communication de Dieulafoy.

Aujourd'hui on ne considère donc plus l'appendicite chronique comme une forme particulière de l'appendicite en général, et qui mérite tout au plus, dans l'étude de cette dernière, un chapitre à part. Son étude en doit être complètement séparée et elle

l'est. On trouvera du reste dans la thèse de Girou, Paris 1913, inspirée par Walther, un exposé d'ensemble très documenté sur cette question.

Ayant eu la bonne fortune d'être, pendant plusieurs années, l'assistant du Dr Baudet à la Maison de Santé et d'être chargé non seulement de donner l'anesthésie générale à ses opérés, mais aussi de prendre leurs observations, nous avons pu, lui et moi, en réunir 112 de 1912 à 1920, sur lesquelles je baserai ce travail. Je ferai cependant quelques réserves au sujet de deux ou trois qui ont présenté des épisodes aigus, avec fièvre, et qui peuvent être considérées comme des crises d'appendicite aiguë au cours d'une appendicite chronique.

Je fais cette restriction parce que, notre Maître et moi, nous nous sommes faits de cette affection une idée un peu différente de celle qui a été soutenue par Girou et tous ses devanciers. Voici quelle était leur opinion : « Nous concevons l'appendicite comme une lésion chronique, sur laquelle viennent se greffer des épisodes aigus », a proclamé le professeur Aug. Broca à la Société de Pédiâtrie de Londres. Cette formule est devenue aujourd'hui la vérité officielle reconnue par tous. Telles sont les premières lignes de la thèse de Girou. Voilà l'idée qui fait le fond de cet ouvrage.

J'ignore si c'est là vraiment toute la pensée de cet éminent clinicien qu'est le professeur Aug. Broca : à savoir que toutes les appendicites aiguës avaient été précédées d'appendicite chronique, et qu'inver-

sement l'appendicite chronique doit être fatalement coupée de crises aiguës, avec gangrène de l'appendice ou abcès.

En tout cas, ce n'est pas ainsi que nous concevons cette maladie. Elle est chronique depuis son début jusqu'à la fin, elle offre bien quelques crises douloureuses ou gastriques au cours de son évolution. Mais nous n'avons pour ainsi dire jamais constaté qu'il y ait eu menace d'inflammation aiguë, de gangrène ou de péritonite commençante, à part dans 2 ou 3 cas auxquels j'ai fait déjà allusion. Elle nous a paru, à mon Maître et à moi, comme une maladie bien à part, caractérisée par quelques douleurs, des troubles de la digestion et un fléchissement de l'état général. On l'opère, parce que les enfants se développent mal, parce que les adultes maigrissent, sont faibles et que leurs digestions sont défectueuses : mais jamais parce qu'ils sont menacés par une crise inflammatoire aiguë.

Nous n'allons pas jusqu'à dire que cette inflammation soit impossible et qu'entre les crises de douleurs ou d'estomac qui entrecoupent la marche de l'appendicite chronique et les crises d'appendicite inflammatoire ou gangreneuse, il ne saurait y avoir d'intermédiaire. C'est possible, mais les faits ne le prouvent pas. Beaucoup de nos malades, sur les 112 observés, était déjà arrivés à un certain âge, leurs troubles appendiculaires étaient installés déjà depuis longtemps. Et cependant, jamais il ne s'était mêlé à eux le syndrome de l'appendicite aiguë. De

sorte qu'en forçant ma pensée un peu, mais très peu, je dirai « l'appendicite aiguë frappe moins souvent les gens atteints d'appendicite chronique que ceux qui sont en bonne santé habituelle ».

Cette opinion du reste ne s'oppose en rien à celle formulée par le professeur Broca, à savoir : qu'une inflammation aiguë s'installe toujours sur un appendice qui a des lésions chroniques depuis longtemps.

Mais les lésions chroniques ont été très souvent silencieuses en clinique et n'ont pas créé le syndrome de l'appendicite chronique telle que je vais la décrire.

II. — ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Les causes réelles de l'appendicite chronique nous échappent presque toujours. Nous ne relevons dans son étiologie que des rapports entre elle et d'autres maladies sans pouvoir dire que ce soit des relations de cause à effets. Très souvent nous l'avons vue évoluer chez des enfants bien portants et bien alimentés. De même, dans beaucoup de cas chez l'adulte aucune manifestation morbide n'a pu être décelée dans les antécédents.

Sur 112 cas d'appendicite chronique 55 malades ne présentaient absolument aucun désordre organique avant le début de cette maladie. Parmi ces malades il y en avait même quelques-uns dont l'état de santé avait été excellent jusqu'à leur première crise : (10 cas, observ. 20, 25, 27, 36, 58, 62, 69, 47, 39).

Par contre, 53 malades présentaient des antécédents pathologiques des plus divers, quelques-uns même de ces derniers en avaient de très chargés, comme celui qui, avant son unique crise atténuée, a fait successivement une entérite, une fièvre typhoïde, une scarlatine et une pleurésie (obs. 98).

1. Parmi les antécédents pathologiques les plus

fréquents je trouve d'abord la gastro-entérite et l'entéro-colite muco-membraneuse qui occupent la place prépondérante. Nous les avons constatées chez 22 malades, chez lesquels elles se manifestaient sous la forme chronique.

L'un deux cependant a fait une crise aiguë à l'âge de 4 ans (obs. 114).

2. Les troubles digestifs plutôt bénins que je note encore dans les antécédents — sans préciser si dans ces cas il s'agissait de gastro-entérite ou d'entérite, mais qui vraisemblablement relèvent d'elles — se caractérisent par des douleurs abdominales espacées, accompagnées ou non de constipation, de diarrhée ou de vomissements. Ils ne sont point rares (12 cas). La constipation en particulier est souvent continue et opiniâtre durant des années, à un point de désespérer les malades. Dans 8 cas elle constitue le seul symptôme de la période précédant les manifestations habituelles de l'appendicite chronique.

Chez 3 de nos malades nous avons constaté l'ictère catarrhal : deux en furent atteints à une époque précédant de très loin la première crise d'appendicite.

Digestions pénibles, embarras gastriques, crises d'indigestion, constipation sont les manifestations habituelles de ces gastro-entérites qu'on manque si rarement de constater en étudiant les antécédents personnels de nos malades et qui tiennent la plus grande place dans l'étiologie de l'appendicite chronique.

Nous citerons, à titre de curiosité, un cas où l'ali-

mentation fut au jeune âge des plus défectueuse et où la malade nie tout trouble gastro-intestinal avant sa première crise, insistant en même temps sur l'abus considérable qu'elle faisait de la viande qui constituait son aliment presque exclusif (observ. 25).

3. Après les entérites et les gastro-entérites, les angines ou amygdalites se rencontrent le plus fréquemment dans les antécédants des malades. Ce sont les angines répétées, avec ou sans végétations adénoïdes (22 cas). Deux de ces amygdalites avaient été compliquées de phlegmon sous-lingual.

4. Parmi les maladies infectieuses à prédominance intestinale que nous avons relevées, la fièvre typhoïde et la grippe se rencontrent dans un certain nombre de cas. Six malades ont été atteints de la dothiénentérie ; un d'eux a fait une jaunisse pendant la période de convalescence, un autre une fièvre typhoïde grave avec trois rechutes (observ. 70).

Nous comptons 5 cas de grippe infectieuse, dont un avec induration du sommet gauche et hémoptysies consécutives (observ. 55), un autre s'est compliqué de fistule persistante du ganglion sous-maxillaire droit (obs. 81).

5. Nous notons encore l'infection puerpérale (obs. 9), l'éclampsie grave (obs. 109) ; de même la pleurésie séro-fibrineuse, la pleurésie purulente double et la pleurésie sèche, la tuberculose pulmonaire, en tout 4 cas. Enfin quelques cas de fièvres éruptives auxquelles nous sommes tous plus ou moins sujets dans le jeune âge et qui ne semblent pas avoir

un rôle bien défini au cours de l'appendicite.

6. Parmi les maladies nerveuses nous pouvons signaler la chorée et l'épilepsie dont furent atteints deux de nos malades (obs. 19, 32). L'un d'eux a fait une chorée six ans avant sa crise d'appendicite sans qu'aucun trouble gastro-intestinal ou autre puisse être révélé.

Dans cette étiologie, ou plutôt cette énumération étiologique quelques faits nous frappent. D'abord la fréquence des angines (21 cas). Or, nous savons combien la structure de la muqueuse appendiculaire a d'analogie avec celle de l'amygdale par sa richesse en tissu réticulé et follicules clos. L'infection qui frappe l'une, peut parfaitement frapper l'autre. En outre, la fréquence des gastro-entérites et des troubles intestinaux révélée dans les antécédents. Et cependant il est impossible de dire, si l'appendice a été malade en même temps que l'intestin, ou si ce sont les infections intestinales qui ont déclanché secondairement l'appendicite, ou, au contraire, si la plupart des troubles fonctionnels gastro-intestinaux ne sont pas déjà les premiers symptômes d'une appendicite chronique latente.

De toute cette énumération il ressort que les angines et les gastro-entérites ont un rôle certain dans l'étiologie de l'appendicite. Mais ce rôle, quel est-il ? Rôle déterminant ou rôle favorisant ? Cela n'est pas encore établi et mes observations n'apportent pas de solution.

III. — TROUBLES FONCTIONNELS EN DEHORS DES CRISES

Parmi les troubles fonctionnels qui se montrent fréquemment au cours de l'appendicite chronique la douleur est celui qui frappe le plus l'attention du malade ou du médecin. Elle est très variable dans son intensité, sa localisation, sa fréquence et les caractères cliniques qu'elle revêt.

Sur 112 malades nous l'avons trouvée quatre-vingt-trois fois. La majorité (70) souffraient de douleurs généralisées, spontanées, sans qu'on put provoquer une sensibilité nettement localisée dans la fosse iliaque droite. D'autres (13 cas) ne les accusaient très nettement qu'au cours de l'exploration toute particulière de ces régions. En dehors de cette exploration c'étaient la marche, la course, les efforts, le rire, la respiration forte, un mouvement brusque, la position couchée sur le côté droit, qui les provoquaient. Vingt-neuf malades ne présentaient aucune manifestation douloureuse en dehors des crises : parmi ceux-ci 15 à peine se plaignaient de lourdeur, de pesanteur, de barre, de gêne, de brûlure, de tiraillement et enfin de lassitude au niveau du creux épigastrique et non pas dans la fosse iliaque droite. Ces

sensations apparaissent habituellement à jeun, ou immédiatement après les repas ou quelques heures, après.

Ainsi sur l'ensemble de nos observations nous constatons dans 14 cas l'absence totale de toute douleur et de toute sensation pénible à droite. Nous relevons un seul cas où le malade souffrait dans l'aine et dans la cuisse droites.

Le siège de la douleur spontanée est très variable, mais chez la plupart de nos malades elle est localisée au niveau de la fosse iliaque droite (36 cas sur 70) avec irradiations fréquentes à l'épigastre, vers la fosse iliaque gauche, le membre inférieur droit, la région lombaire de même côté et s'accentue avec la marche, la course et toutes sortes de fatigue. Fréquemment cette irradiation à distance manque, et la douleur ne se localise que dans une seule région : tantôt elle n'intéresse que l'épigastre (11 cas), tantôt les régions lombaires ou inguinale droite (5 cas), enfin le bas-ventre du côté droit (3 cas) ou tout le bas-ventre (1 cas). Dans 13 cas tout le ventre était uniformément douloureux.

L'intensité de la douleur présente une gamme des plus variables. Tantôt la sensibilité est à peine marquée, tantôt elle est plus vive, mais de courte durée. Dans un cas la malade a éprouvé une sorte de déchirement « comme une étoffe qu'on déchire » dans la fosse iliaque droite.

Elle est souvent très vague, incommodant peu les malades. Dans la majorité des cas ceux-ci vaquent à leurs occupations ; quelques-uns, les plus sensibles, les plus nerveux sont alités ou gardent de temps à autre la chaise longue.

Douleur provoquée. — A la palpation on provoque soit une douleur vive ou atténuée, soit une sensibilité vague, localisées aux points classiques, c'est-à-dire dans la fosse iliaque, entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'ombilic : à l'épigastre et sous les fausses côtes droites au niveau de la vésicule biliaire. Chez une de nos malades la douleur provoquée était plus basse, au niveau de l'arcade ; chez une autre elle siégeait dans la fosse iliaque gauche.

Exploration du ventre. — En dehors de cette sensibilité, l'exploration donne rarement des indications utiles pour porter le diagnostic d'appendicite chronique. Le ventre est habituellement souple, peu ballonné, non douloureux à l'examen superficiel. Rarement on sent au niveau de la fosse iliaque droite un cordon dur qui roule sous les doigts ou une masse mal définie, sensible à la pression et qui peut être formée par les ganglions du méso-appendice. Rarement encore on provoque la défense musculaire.

La douleur spontanée est plus vive à certains moments qu'à d'autres et la plupart du temps il n'y

a pas de règle absolue quant au moment de sa manifestation. Chez quelques-uns elle se faisait sentir immédiatement après les repas. Une de nos malades souffrait constamment le soir avant le dîner.

La douleur est en général intermittente, survenant à des périodes qui se succèdent irrégulièrement.

Dans nombre de cas elle est continue quel que soit son siège. Une de nos malades souffrait pendant plusieurs mois n'ayant que rarement trois ou quatre jours de repos (obs. 4). Une autre souffrait régulièrement pendant les huit jours qui précédaient les époques (obs. 103); quelques-unes enfin accusaient la sensibilité exagérée dans la fosse iliaque droite au moment même des règles (obs. 94).

Troubles digestifs. — Si la douleur constitue un des symptômes des plus constants au cours de l'appendicite chronique, les troubles digestifs sont non moins fréquents, puisque nous les avons constatés dans 67 cas sur le nombre total de nos malades. Ceux-ci sont souvent très atténués, ne se révélant que par quelques nausées, des digestions pénibles, de la constipation, très rarement de la diarrhée. Quelquefois à ces troubles digestifs se surajoutent des vomissements alimentaires, plus rarement bilieux. Ils surviennent tantôt très peu de temps après les repas, parfois trois ou quatre heures après ceux-ci, quelquefois le matin au réveil. Nous les avons rencontrés chez onze de nos malades : l'un deux ne gardait absolument rien et rendait même l'eau et cela

durant les deux mois qui précédèrent l'intervention chirurgicale (obs. 24). Une autre a présenté des vomissements cycliques, typiques, survenant trois ou quatre heures après les repas, durant quatre jours tous les huit jours environ, accompagnés de troubles digestifs habituels, sans que son état s'améliorât pendant des années.

Il y a longtemps qu'on a signalé le rapport étroit qui existait entre l'appendicite chronique et les vomissements paroxistiques. « Les vomissements cycliques des enfants, comme beaucoup de vomissements à cet âge, sont des symptômes d'appendicite chronique dans un très grand nombre de cas » dit M. Comby. En réalité on les constate aussi bien chez les adultes que chez les enfants au cours de l'évolution de cette maladie. Les nausées ne sont point rares en dehors des crises. Nous les avons rencontrées dans 16 cas, survenant fréquemment dans le courant de la journée, rarement au réveil, apparaissant souvent là où les vomissements font défaut.

Constipation. — La constipation est le symptôme le plus habituel de l'appendicite chronique. Elle accompagne en général d'autres troubles digestifs, mais souvent elle en constitue une manifestation unique, prenant dans ce cas une forme toute particulière : elle est opiniâtre, continue, très difficile à combattre (3 cas sur 17). Très rarement elle cède la place à la diarrhée que nous avons constatée chez deux de nos malades à l'exclusion de tout autre trou-

ble digestif. Beaucoup de malades se plaignent de digestions lentes, souvent pénibles, accompagnées de sensation de pesanteur, de barre à l'épigastre (14 cas). La langue est couverte d'un enduit blanchâtre, l'haleine est fétide ; l'estomac paraît, dans certains nombre de cas, légèrement dilaté. Chez une malade cette dilatation fut très prononcée et contrôlée par une radiographie (obs. 24).

Les crises d'entérite muco-membraneuse, d'entérocolite, avec des peaux, des glaires, des douleurs le long du côlon éclatent fréquemment dans la période qui précède les crises d'appendicite chronique. Neuf de nos malades présentaient des manifestations nettes de cet état morbide accompagnées de constipation (6 cas), ou de diarrhée (3 cas), de selles glaireuses, muqueuses ou membraneuses. L'une a fait une crise aiguë avec 38°-40 degrés qui a duré dix jours (obs. 35).

Nous pouvons signaler 5 cas d'ictère catarrhal, tous les 5 précédant les crises (obs 10, 13, 14, 50, 90).

Amaigrissement. — L'amaigrissement est un des symptômes généraux les plus importants au cours de l'appendicite chronique. Il survient surtout chez les enfants, souvent en pleine santé, sans qu'on puisse se rendre compte la plupart du temps à quoi il est dû.

Nous l'avons constaté dans 41 cas sur 128 observations et, chez 8 de nos malades, ce symptôme a pris une allure très inquiétante. L'une a perdu 30 kilos en trois ans (obs. 24), une autre 11 kilos sur le poids

total de 65 kilos dans la même période de temps (obs.65),la troisième 36kilos en deux ans(obs.99),etc.

Dans nombre de cas l'amaigrissement est plus atténué, mais souvent il est progressif ; mais quel qu'il soit il mérite toute l'attention du praticien,surtout dans ces formes d'appendicite chronique qui se dérobent et qu'il faut déceler.

Nombreux sont d'autres symptômes, moins importants, il est vrai, mais qui font partie du cortège habituel de cette maladie.

L'anorexie est fréquente et dans 15 cas nous l'avons trouvée sous une forme assez accentuée.

Les troubles nerveux avec céphalée, migraine, insomnie, agitation ont été signalés par nous dans 15 autres cas. La céphalée, en particulier, est fréquente et survient fréquemment à jeun.

Les malades souffrant d'appendicite chronique se plaignent souvent de faiblesse générale qui est parfois intense (3 cas sur 21) ; elle est parfois extrême, c'est ainsi qu'une de nos malades se trouvait souvent dans un état syncopal (obs. 49). Malaise général, fatigue, lassitude, l'impossibilité de faire un effort plus ou moins prolongé, voilà des troubles asthéniques fréquents au cours de l'appendicite chronique.

La tachycardie que nous avons observée est certainement en corrélation étroite avec cette défaillance générale de l'organisme qui maintes fois nous a fait soupçonner l'appendicite chronique, même en

l'absence de toute douleur abdominale provoquée ou spontanée (45 cas).

Chez les enfants cette défaillance prend souvent une forme toute particulière. Le petit malade est maigre, chétif, ne se développe pas physiquement, ne porte point son âge. Cet arrêt de croissance n'a souvent pour seule cause que l'appendicite chronique et il disparaît comme par enchantement après une intervention chirurgicale. Nombre de ces malades (mais on l'observe aussi chez les adultes) portent sur leur figure un masque caractéristique : un facies pâle, jaunâtre, flétri, amaigri, les yeux cernés. D'autres, au contraire, conservent un état général satisfaisant, même de l'embonpoint.

Un certain nombre de nos malades étaient sujets à une température élevée qui dans la plupart des cas oscillait autour de 38 degrés. Habituellement l'ascension thermique est très légère, aux environs de 37°5-37°7, mais dans beaucoup de cas aucune réaction thermique n'a pu être constatée en dehors des crises.

IV. — CRISES

Les symptômes que nous avons passés en revue dans le chapitre précédent, nous les retrouvons encore dans celui-ci, mais avec des caractères particuliers et différemment groupés entre eux et surtout se manifestant nettement à intervalles plus ou moins éloignés.

La crise, en effet, se caractérise par une exagération de certains symptômes. Elle est de règle au cours de l'appendicite chronique, puisque sur 128 malades nous n'en avons trouvé que 9 qui n'en avaient jamais eu. Elle est très complexe et on peut dire que chaque malade choisit sa forme clinique particulière. Tant de malades, tant de variétés de crises, et combien de fois chez le même sujet cette crise varie elle-même quand elle se reproduit !

Il y a tout d'abord des crises qui ne se révèlent que par des douleurs (74 malades). Elles ne s'accompagnent ni de température élevée, ni de vomissements. Parmi les 74 cas, il y a des malades qui avaient des crises très nombreuses, conservant invariablement le même caractère douloureux (obs. 18, 28, 33 et autres).

Dans la deuxième catégorie rentrent les crises

douloureuses accompagnées de température élevée (12 malades), température qui oscille habituellement entre 37°6-38 degrés et très rarement entre 38°5-38°6.

Dans la troisième nous plaçons les cas où les vomissements alimentaires, plus rarement bilieux constituent un des symptômes prédominants (27 malades).

Et enfin dans la dernière catégorie nous trouverons les crises accompagnées à la fois de température et de vomissements (5 malades).

Dans 10 cas les renseignements suffisants nous ont fait défaut.

Le nombre des crises chez chacun de nos malades est variable à l'infini. Vingt-deux malades ne présentèrent chacun qu'une seule crise au cours de l'évolution de la maladie, habituellement très atténuée, avec peu de réaction (obs. 92), accompagnée parfois de diarrhée au lieu de constipation (obs. 108), de faiblesse extrême (obs. 106). Dix-huit malades en eurent deux, tantôt très espacées ou, au contraire, très rapprochées. Vingt neuf en eurent de trois à six avec un intervalle extrêmement varié. Cependant, dans quelques cas très rares, les crises furent assez régulières survenant tous les mois par exemple (obs. 93, 94).

La majorité des malades (69) présentaient des crises très nombreuses, tantôt très atténuées, tantôt plus vives (ob. 58 et autres). Rarement la localisation des douleurs était chaque fois la même, comme dans le cas de l'observation 73 : très fréquemment

celle-ci changeait avec chaque nouvelle crise.

En général les crises éclataient subitement, sans aucune cause déterminée et nombre de malades en étaient surpris. Dans un cas c'est la marche très prolongée qui provoque une poussée (obs. 96), dans un autre le voyage en auto, dans le troisième les crises éclatent au cours d'une grippe (obs. 33, 60). L'état prodormique n'existe point pour ainsi dire, mais chez plusieurs de nos malades une céphalée plus ou moins vive précédait pendant un certain temps toute douleur (obs. 49, 54, 57) ; chez une autre la crise d'entérite d'une durée de dix jours a ouvert la scène à plusieurs poussées caractéristiques.

La douleur, tout en étant subite dans la majorité des cas, éclate tantôt immédiatement après les repas, tantôt une heure ou trois à quatre heures après, parfois la nuit, quelquefois au réveil (obs. 89, 97). Chez un malade elle apparaissait périodiquement à minuit ou à 4 heures du matin avec chaque crise.

La durée des crises n'est pas moins variable. Chez 12 malades les poussées étaient toujours de courte durée, de cinq à trente minutes, rarement une heure. Chez 12 autres la durée était plus longue, mais en même temps très variable : vingt-quatre heures, trois jours, huit jours, même treize au cours desquels l'intensité des douleurs variait fréquemment, 104 malades avaient chacun des crises dont la durée variait chaque fois à l'infini. Mais rarement elle dépassait vingt-deux jours, comme chez une de nos malades qui a fait des poussées de vingt et huit jours (obs. 49).

L'intensité avec laquelle la douleur se manifestait était très variable également dans la majorité des cas; 87 sujets présentaient chacun des poussées dont l'intensité était des plus variables. Une malade, par exemple, a fait deux crises dont une très douloureuse nécessitant de la morphine et une autre très légère (obs. 27). Une autre, sur cinq poussées en a fait une très vive au cours de laquelle elle a eu une syncope ; 20 malades souffraient très légèrement et parmi ceux-ci quelques-uns avaient des poussées très nombreuses et toutes très atténuées, 5 présentaient à chaque crise des douleurs plus ou moins vives.

La localisation des douleurs varie infiniment. Elle varie avec chaque malade, elle change à chaque crise. Nous avons compté 46 malades chez lesquels elle apparaissait toujours dans la même région. Sur ce nombre 36 malades occupaient constamment la région de la fosse iliaque droite, même ceux qui avaient des poussées très nombreuses (obs. 37, 45, 48). Cinq sujets souffraient dans tout le ventre (obs. 80, 89), 3 à l'épigastre, un au-dessous des fausses côtes droites et un autre toujours dans le bas-ventre, avec répercussion dans la région lombaire droite et dans le membre inférieur de même côté.

Soixante-six malades présentaient chacun, à chaque poussée, la localisation la plus variée ! Dans la majorité des cas, c'est la région de la fosse iliaque droite qui est le point de départ de la douleur spontanée. Celle-ci s'irradie tantôt dans tout le ventre, tantôt vers l'épigastre ou la région hépatique, parfois dans

la région lombaire droite, souvent dans le bas-ventre droit et le membre inférieur de même côté. La fosse iliaque droite est en même temps le siège de la douleur provoquée, dans toute son étendue ou tout particulièrement au point de Mac Burney et dans les régions avoisinantes. Elle l'est de même dans les cas où le point de départ de la crise est ailleurs, ou, ce qui est rare, l'irradiation manque dans cette région. Dans certains cas la crise commence par des douleurs au creux épigastrique qui s'irradient dans la région de la fosse iliaque droite ; celle-ci devient ainsi le siège de la douleur spontanée et provoquée qui s'y localise définitivement (obs. 51 et autres). Dans d'autres la douleur éclate dans tout le ventre en s'irradiant habituellementdans le flanc droit ou dans la région lombaire droite.

Chez un petit nombre de malades nous avons révélé d'autres régions comme siège des douleurs au début de la crise : le bas-ventre droit (obs. 8), la région lombaire (obs. 32, 95), la région hépatique (obs. 10),la région inguinale droite avec l'irradiation dans un cas vers la région lombaire ; la fosse iliaque gauche, etc.

Sur 82 malades 20 ont fait des localisations nombreuses, intéressant jusqu'à quatre différentes régions (obs. 51, 78, 97).

Habituellement la crise disparaît aussi subitement qu'elle vient, mais dans certain nombre de cas elle laisse pour un certain temps une sensibilité persistante, souvent vague et mal localisée (8 cas).

La crise s'accompagne généralement de manifestations diverses. Parmi celles-ci ce sont surtout les troubles digestifs qu'on rencontre, avec constipation, rarement diarrhée, vomissements alimentaires ou bilieux, nausée, anorexie, langue chargée, amaigrissement, faiblesse générale. Les troubles nerveux avec l'insomnie, l'agitation, la céphalée ne sont pas rares. La température est en général peu élevée, comme nous l'avons déjà mentionné au début de cet article. Très rarement on constate un nervosisme extrême, une céphalée intense, une insomnie continue (obs. 31, 49,) ainsi qu'une faiblesse générale très prononcée, allant parfois jusqu'à l'état syncopal (obs. 37), ou une fatigue générale d'une intensité tout à fait exceptionnelle (obs. 106).

Certains malades présentaient un amaigrissement très prononcé, d'autres une constipation opiniâtre, d'autres encore une alternative de diarrhée et de constipation (obs. 60).

Mais il n'y a point de règles absolues, et chez 18 malades sur 20 qui souffraient légèrement nous avons pu révéler les crises avec une réaction extrêmement faible (ob. 41, 46, 52).

V. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'appendicite chronique ne saurait être exposé de la façon des diagnostics différentiels, car, je crois l'avoir établi plus haut, les formes qu'affecte cette maladie sont diverses, et rien ne ressemble moins à une appendicite chronique qu'une autre.

I. **Forme douloureuse.** — Dans la majorité des cas elle affecte une forme douloureuse, c'est-à-dire la douleur est le symptôme prédominant. Certes, quand elle existe dans la fosse iliaque droite, et que la pression dans la région appendiculaire éveille une vive sensibilité, toujours au même point et pas ailleurs, que l'examen, plusieurs fois répété, dénote que le malade souffre toujours en ce même endroit, il ne saurait y avoir de doute.

Ici j'ouvre une parenthèse. J'appelle région appendiculaire la partie de la fosse iliaque que traverse la ligne qui va de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic. Sur cette ligne se trouve le point douloureux décrit par Mac Burney, à un pouce et demi à deux pouces de l'épine iliaque (3 cm. 81 à 5 cm. 08);

au-dessous de cette ligne, à un bon travers de doigt, se trouve le point de Lanz, placé à l'union du tiers extrême et du tiers moyen de la ligne bis-iliaque. Je crois inutile d'insister sur toutes ces localisations douloureuses qu'on a voulu faire trop précises. Si l'on songe que le point de Morris est sur la ligne bis-iliaque, à 3 cm. 81 de l'ombilic, correspondant d'après cet auteur au ganglion sympathique droit ; que le point de Monro est sur la ligne ombilico-iliaque, à son croisement avec le bord externe du grand droit ; que le point de Sonnenburg correspond, au contraire, au croisement de la ligne bispinale et du bord externe du grand droit. Si l'on songe à toutes ces variétés dans la localisation de la douleur au cours de l'appendicite, on pensera qu'il ne faut pas vouloir trop préciser et qu'il vaut mieux parler de région douloureuse que de point douloureux. Celle-ci se trouve de chaque côté de la ligne spino-ombilicale, plus au-dessous qu'au-dessus, plus souvent en dedans qu'en dehors.

Mais cette localisation du point douloureux ne suffit pas dans certains cas. Il faut encore s'assurer :

1° Que le point, s'il est placé un peu en dehors, nest pas un point rénal ; on pourra mettre le rein hors de cause, si la pression dans l'échancrure n'est pas très douloureuse.

2° Qu'il n'est pas vésiculaire, surtout si la sensibilité dépasse en haut la ligne précitée ; mais quand il y a lithiase vésiculaire, par exemple, le point maximum est sous le rebord costal, en dehors de l'extré-

mité antérieure de la dixième côte droite (Cruveilhier).

3° Qu'il n'est point salpingien : dans ce cas la sensibilité à la pression sera plus basse, près de l'arcade crurale, et plus vive quand on touchera la malade par le vagin.

Mais il y a des causes d'erreur. On sait que dans l'appendicite chronique trois points douloureux existent communément. L'un dans la fosse iliaque droite, correspondant à l'appendice, c'est le principal, et deux autres, à l'épigastre et sur le bord costal droit. Or, les points vésiculaires et épigastriques peuvent être plus douloureux que le point appendiculaire. Dans ce cas, on peut se demander, si vraiment il ne s'agit pas de lithiase vésiculaire, car la douleur à l'épigastre existe aussi dans la lithiase, au cours de laquelle peuvent se retrouver les mêmes troubles digestifs qui caractérisent l'appendicite chronique.

De même, certaines salpingites scléro-kystiques hautes, placées au niveau du détroit supérieur, en imposent quelquefois pour une appendicite chronique. En effet, ce nest plus dans le cul-de-sac droit que les malades souffrent, mais haut vers la fosse iliaque ; que, d'autre part, ces malades sont toujours un peu nerveux, qu'ils ont de l'entérite, comme on l'a dans l'appendicite. L'insuffisance du diagnostic est telle que certains chirurgiens ont enlevé l'appendice quand il s'agissait d'ovaires scléro-kystiques qu'il a fallu enlever secondairement.

Ou bien, ont enlevé les ovaires scléro-ystiques et ont dû plus tard enlever l'appendice.

En général, quand il y a doute, le mieux est de pratiquer une incision médiane pour vérifier l'état des annexes et enlever les annexes droites et l'appendice, si les organes paraissent malades.

Quelle que soit la conduite que le chirurgien s'impose dans ces cas-là, je tenais à insister sur la difficulté de ces deux diagnostics dans certains cas et sur les erreurs qu'il est possible de commettre.

Quand on a bien localisé le siège de la douleur maxima à la région cæco-appendiculaire, peut-on vraiment affirmer qu'il s'agisse bien d'appendicite ? Rappelons les principaux caractères qui accompagnent les douleurs : 1° les troubles digestifs; 2° la constipation, avec selles glaireuses d'entérite ; 3° l'amaigrissement et le mauvais état général. Mais il n'y a que l'appendicite chronique qui réunisse ces symptômes.

Quelques auteurs ont pensé que dans certaines affections du cæcum on les retrouvait également, par exemple, dans le cœcum mobile. Mais les principaux caractères de cette maladie sont les suivants. La douleur est plutôt calmée par le décubitus latéral gauche ou ventral, par le port d'une sangle abdominale, par la pression un peu prolongée de la main, exercé de bas en haut, pression qui vide le cæcum. Elle est au contraire accrue dans le décubitus latéral droit, accrue aussi par la manœuvre de Rorsing qui refoule les gaz du côlon gauche et du traverse

vers le fond du cæcum. A la palpation on sent une masse molle, presque fluctuante, une sorte de vessie pleine d'eau, il n'y a pas de défense musculaire. La constipation est la règle, mais elle est coupée de débâcles diarrhéiques, très fétides, avec râclures et mucus. L'état général est mauvais ; il y a de l'amaigrissement et de la dépression nerveuse.

La typhlatomie décrite par Fichster rappelle un peu le tableau précédent. Si les douleurs sont légères et espacées, elles sont mal limitées et n'ont pas le caractère de précision et d'intensité qu'il y a dans certains appendices chroniques. La palpation cæcale révèle une tumeur molle, dit-on, comme un coussin d'air, qui s'efface sous une pression progressive. La constipation est la règle. Elle est coupée de diarrhées brusques avec selles fétides, membranes et muco-pus.

Je me contente de rappeler, sans insister davantage, les caractères principaux qu'on a assignés à ces deux maladies du cæcum, mais je ne me permettrai pas de faire le diagnostic entre l'appendicite chronique et ces formes de cæcums pathologiques. Aussi sommes-nous peu compétents sur ces maladies du cæcum évoluant sans appendicite chronique, puisque nous n'en avons vu que quelques cas seulement.

Certes nous ne nions pas leur existence en tant que maladie indépendante. Deux fois nous avons vu notre Maître le Dr Baudet agir sur le cæcum atteint de stase stercorale et retenant dans son bas-

fond des fèces molles, fâcheuses, par conséquent très toxiques et très septiques. Une fois il fit avec succès la cæco-sigmoïdostomie, une autre fois sans succès, et il fut obligé de proposer secondairement l'ablation du gros intestin.

Tous ces faits prouvent peut-être que l'appendicite chronique, maladie bien réelle, a une symptomatologie qui ressemble beaucoup à celle de certaines maladies du cæcum et qu'elle se complique quelquefois de ces mêmes maladies du cæcum. Mais ces restrictions étant faites, il est bien réel aussi que le plus souvent tous ces symptômes précités relèvent de l'appendicite chronique et qu'ils cessent plus ou moins vite, quand on a enlevé l'appendice.

II. **Forme entéritique.** — Faut-il dans ce chapitre de diagnostic différencier l'appendicite chronique et l'entérite ? On sait combien l'entérite est fréquente au cours de l'appendicite. Il suffit dans ces cas, je crois, de faire la part de l'une et de l'autre. Or les douleurs le long du côlon, les crises de diarrhée et de constipation avec mucus, membranes, sable, c'est de l'entérite.

On sait avec quelle éloquence malheureuse à l'Académie de Médecine, en 1906, le professeur Dieulafoy a voulu opposer entre elles ces deux affections. Aussitôt les réponses et les objections tombèrent dru sur lui. Cornil montra qu'à l'œil nu on ne pouvait distinguer un appendice sain et un appendice chroniquement enflammé. Le Dentu, que cliniquement

rien ne distinguait l'appendicite de la typhlo-côlite. Enfin, beaucoup de chirurgiens apportèrent les observations de malades que Dieulafoy avait étiquetés typhlo-côlites et qui furent guéris par l'ablation simple de l'appendice. Les faits ultérieurs ont confirmé les faits anciens, et nos observations le prouvent. Nous croyons le débat clos.

III. **Forme dyspeptique.** — Un diagnostic plus délicat à formuler, qui se présente du reste rarement, c'est quand le malade a surtout des troubles digestifs, avec lenteur et pesanteur des digestions ; des troubles intestinaux, avec coliques survenant après le repas, tels qu'il est obligé de se priver de manger. Et tout cela sans qu'il existe de douleurs nettes dans la fosse iliaque droite. Nous avons observé trois cas de ce genre. Dans le premier on crut à un cancer de l'estomac : le malade, âgé de 50 ans, avait une douleur vive à l'épigastre : le muscle droit à droite se contractait vivement et formait boule, si bien qu'on pensait que derrière il y avait une tumeur. Le malade avait vomi du sang, il avait maigri de 25 kilos. C'est à peine si la veille de l'opération on découvrit une vague sensibilité dans le côté droit, assez nette pour frapper l'observateur, pas assez pour lui faire penser à l'appendicite. On ouvrit le ventre sur le muscle droit à droite. L'estomac apparut intact. On prolongea alors l'incision vers l'appendice et on l'enleva. Trois mois après son opération le malade avait repris ses 25 kilos.

Cette observation due au Dr Baudet ne figure pas dans les observations de ma thèse.

Dans deux autres cas on pensa qu'il s'agissait d'appendicite, mais il était impossible d'affirmer que cet organe était malade. Tout au plus pouvait-on insinuer qu'il pouvait bien être en cause. Les malades fatigués de leurs troubles digestifs persistants et de leur amaigrissement acceptèrent ou plutôt demandèrent l'opération, puisque toutes les médications et tous les régimes n'avaient amené aucune amélioration.

Elle fut faite et les deux malades comptent parmi les plus beaux succès d'appendicectomie.

En résumé, il est des cas où le diagnostic d'appendicite chronique s'impose : quand la douleur iliaque est précise et s'accompagne de troubles digestifs particuliers qu'aucune médication, qu'aucun régime n'améliorent.

Quand les troubles entéritiques sont prédominants et que le cæcum forme voussure et présente des sortes de borborygmes on pensera qu'il peut y avoir une dilatation atonique de cet organe ou une mobilité excessive. Ces renseignements peuvent être confirmés par la radiographie qui montrera son excessive dilatation ou son siège anormal dans le bassin.

Nous avons dit tout à l'heure et nous le répétons : ces signes cæcaux ne sont pas caractéristiques d'une maladie du cæcum, mais se retrouvent aussi dans

l'appendicite chronique et disparaissent souvent avec l'ablation de l'appendice.

Ce sont à notre avis les troubles dyspeptiques, joints au mauvais état général, qui égarent le plus souvent le diagnostic vers une affection de l'estomac. Lorsqu'ils sont tenaces et plus influencés par les régimes, il faut penser à l'appendicite chronique, même quand les douleurs ne sont très nettes ni comme intensité, ni comme localisation.

VI. — LÉSIONS MACROSCOPIQUES

Ce chapitre sera consacré à l'anatomie pathologique d'appendicite chronique.

Nous y rapporterons des faits que nous avons constatés à l'œil nu au cours des interventions chirurgicales sur nos malades. Nous verrons ainsi que l'organe enflammé chroniquement est altéré dans son volume, dans sa forme, dans sa structure ; que les éléments anatomiques en relation étroite avec lui le sont de même.

Disons tout d'abord que dans 21 cas nous avons constaté que l'appendice présentait macroscopiquement toutes les apparences d'un organe normal.

Aucune lésion apparente n'a pu être trouvée chez nos 21 malades qui pourtant souffraient d'appendicite chronique et en étaient guéris après avoir été opérés.

C'est surtout sa longueur qui nous frappe tout d'abord ! Dans la majorité des cas elle dépasse les dimensions normales ; elle atteint fréquemment 12 à 14 centimètres, plus rarement 16-18. Ces dimensions exagérées nous les avons trouvées chez 71 opérés. Quarante-huit sujets présentaient des appendices de longueur moyenne et 9 en avaient de très courts, jus-

qu'à 5 centimètres et en même temps atrophiés (6 sur 9 cas, obs. 25, 49, 56, 97 et autres).

L'appendice chroniquement enflammé peut être libre ou adhérent aux organes voisins. Sur 112 de nos opérés, 84 malades avaient l'appendice librement flottant. Vingt-huit sujets, au contraire, présentaient cet organe avec des adhérences nombreuses (obs. 90, 94) ou rares, et cela d'une façon variable: entre l'appendice et le cæcum (14 cas, obs. 24, 34, 42 et autres), entre l'appendice, le cæcum et les parois abdominales (obs. 27) ou pelviennes (obs. 75), entre cet organe et les annexes droites (obs. 65, 28), son méso (7 cas, obs. 60) ou l'intestin grêle (obs. 79).

Dans un certain nombre de cas (11, obs. 28, 59, 46, 71, 107 et autres), ce n'est qu'une région limitée de l'appendice qui contracte ces adhérences : tantôt c'est la pointe (obs. 10, 28, 46, 75), parfois sa base (obs. 71, 104), rarement le bord externe (obs. 107).

Quelquefois il se forme de véritables brides qui le coudent soit au niveau de sa base (obs. 84), soit à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs (obs. 47), soit enfin vers son milieu (5 cas, obs. 7, 14, 15, 55, 63). Chez 2 opérés nous avons constaté que la pointe de l'appendice, enroulé sur lui-même, était au contact de sa base (obs. 7, 63).

Sa position n'est pas toujours normale : souvent on trouve l'appendice situé en avant du cæcum, entre celui-ci et l'intestin grêle, dans l'angle iléo-cæcal. Dans un cas nous l'avons vu recourbé par derrière le cæcum (obs. 99), dans un autre passer sous l'in-

testin grêle et arriver ainsi sur le promontoire (obs. 19) ; dans d'autres encore remonter la pointe en l'air le long de la face postérieure du côlon ascendant (obs. 94), ou descendre le long de la paroi pelvienne jusqu'au fond du bassin. Chez une opérée nous l'avons découvert dans la fossette rétro-cæcale, derrière l'angle iléo-cæcal, où il était coudé, la pointe rejoignant la base (obs. 63). Chez une autre il était situé à la limite de la fosse iliaque gauche et la paroi pelvienne, par conséquent de l'autre côté du bassin (obs. 82). Chez une troisième il était enfoui au milieu des adhérences péri-cæcale (obs. 92).

Sa forme générale est très variable. Cinq fois nous l'avons vu long et en même temps contourné sur lui-même en spirale, présentant chez un malade jusqu'à cinq coudures. Dans un cas il était rétréci vers son milieu et dilaté au-dessous (obs. 43) ; dans un autre recourbé au niveau de la base, pointe en l'air (obs. 84) ; dans d'autres cas il avait une extrémité inférieure renflée en massue (obs.95) remontant vers le côlon ascendant (obs. 53).

Son volume peut être très réduit ou, au contraire, très exagéré. Dix-sept sujets avaient l'appendice très mince et dans quelques cas en même temps atrophié, réduit ainsi, soit à l'état de cordon fibreux (obs. 100), soit à l'état d'aiguille à tricoter (obs. 104) ou de catgut (obs. 97). Vingt-trois autres présentaient l'organe gros, ou uniformément, ou uniquement dans sa moitié supérieure (obs. 25), ou dans les deux tiers inférieurs (obs. 92).

Dans certains cas cette dernière altération coïncidait soit avec congestion (obs. 10, 26, 42), soit avec tuméfaction, œdème, turgescence de l'appendice. Chez 3 opérés il était très dilaté (obs. 53, 61, 70), chez 10 autres sa vascularisation était intense (obs. 7, 38).

Ses parois sont ou épaisses ou atrophiées en dehors des cas très nombreux où elles sont normales. L'épaississement n'est pas toujours uniforme et régulier, et parfois il ne siège que vers la moitié inférieure de l'organe, ou vers son milieu (obs. 42).

L'atrophie de l'appendice n'est point rare, comme nous avons vu plus haut, et dans certains cas elle est très prononcée (obs. 97, 100, 104) ; quelquefois elle ne frappe qu'une région limitée (obs. 65).

Quant à la lumière de son canal, nous y avons trouvé, dans la majorité des cas, des matières fécales sous forme de liquide ou de boulettes, de bandes et de filaments (20 cas). Dans 6 cas c'était du pus qui constituait son contenu, en quantité de I à III gouttes (obs. 56, 59) ; dans 6 autres c'était du muco-pus et enfin, plus rarement, ou des matières molles enrobées de pus (obs. 109), ou le liquide puriforme et sanguinolent (obs. 78), ou de mucus pur (obs. 93).

Chez 12 de nos opérés nous avons constaté la présence de corps étrangers dont le nombre, le volume, le genre et la consistance étaient variables. Ce sont la plupart ou des calculs stercoraux durs (7 cas), (obs. 56, 59), du volume d'un petit pois, immobiles ou rarement déplaçables (obs. 26). Nous en avons

vu jusqu'à 3 chez 2 de nos opérés (obs. 9, 31). Chez un malade c'était un petit ver tricocéphal qui y a trouvé son abri.

Dans une série de coupes transversales nous avons constaté que les unes sont tout à fait normales, mais sur d'autres préparations la muqueuse était ou épaissie (obs. 2, 52), ou tout à fait disparue, et la cavité de l'appendice s'était comblée complètement par du tissu fibreux (obs. 69, 98,100). Quelquefois cette oblitération s'effectuait par du tissu fibro-adipeux. Quant aux lésions des organes voisins, nous devons signaler tout d'abord l'altération du méso-appendice.

Nous l'avons trouvé dans un certain nombre de cas très long (4 cas), dans d'autres graisseux (6 cas), et dans d'autres encore épais ou plissé. Une fois il était très court (obs. 19) et une autre très large (obs. 21).

Les ganglions du méso sont fréquemment enflammés. Chez une opérée nous en avons constaté 3-4 petits, comme des lentilles (obs. 3), chez une autre nous en avons vu un siéger à la base du méso-appendice (obs. 40). Le cæcum, tout en étant fréquemment dilaté, mobile (obs. 41, 50, 106), contracte parfois des adhérences avec l'appendice, comme nous avons déjà vu, et avec d'autres organes. Ce sont les adhérences souvent filamenteuses, minces, ou transparentes qui vont à l'intestin, à l'épiploon, à la paroi, au méso (obs. 48, 77, 89, 101). Sa vascularisation est parfois énorme (obs. 102). Sa paroi antérieure peut être épaisse (obs. 40). Dans un cas

d'appendicite chronique nous l'avons trouvée épaisse, œdématiée, couverte de points irréguliers sur sa surface (tuberculose ? (obs. 67).

L'épiploon, lui aussi, peut présenter les mêmes adhérences (obs. 87, 93). De même pour le côlon ascendant qui peut être pourvu, comme le cæcum, de long méso, être ainsi comme lui très mobile (obs. 41, 50). Chez une opérée il était adhérent, ainsi que le cæcum, par de fausses membranes, à la fosse iliaque droite (obs. 100).

TRAITEMENT

Nous serons brefs sur ce sujet, car il a pour but d'enlever un appendice libre presque toujours, et cette extirpation ne comporte pas de méthodc opératoire spéciale.

Le Dr Baudet fait une incision oblique dans la fosse iliaque, à un ou deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure. Il coupe les muscles et aponévroses de la paroi sans les dissocier. Le péritoine ouvert, il lie l'appendice et le méso et les coupe. Puis il enfouit le moignon appendiculaire thermocautérisé dans le cæcum par un surjet à la soie O. Fermeture de la paroi sans drainage. 112 opérés — o morts.

On peut se rendre compte, à la lecture des observations, que les adhérences ne comptent pas. Il y a quelques difficultés, parfois, quand l'appendicite a un méso large et court qui le rattache à l'iléon et oblige de le sectionner sur des pinces en deux ou trois étages. Mais vraiment ces petits incidents opératoires ne méritent pas qu'on y insiste.

VIII. — SUITES OPÉRATOIRES

Nous avons dit que tous nos malades avaient guéri. Cela veut dire que leurs douleurs avaient cessé et que les troubles digestifs avaient disparu. En général voici comment les choses se passent.

Vers le cinquième jour qui suit l'opération l'état général du malade change brusquement. Les yeux sont moins creux et la tache jaune qui est placée de chaque côté du nez et descend vers la joue a disparu.

Le teint paraît plus rose, et cet ensemble fait croire que le malade a engraissé. Ce qui n'est pas. Mais je le répète, à ce moment tout son entourage remarque sa bonne mine. Et cependant, le malade est encore à la diète, il n'est pas allé à la selle : il n'a pas été purgé (Dr Baudet ne purge que le huitième jour).

Il a eu du chloroforme. Toutes ces circonstances devraient fortement le handicaper et lui donner une plus mauvaise mine. Eh bien ! non, elle devient meilleure, au contraire. L'état du malade est de plus en plus satisfaisant, l'appétit revient progressivement, et l'opéré très amélioré quitte la Maison de Santé du douzième au quinzième jour. Que devient-

il plus tard ? Les renseignements que le Dr Baudet nous a donnés à ce sujet sont les suivants :

En général, les malades vont très rapidement mieux. Leur douleur ne revient plus. Ils digèrent mieux et n'ont plus de lourdeur, ni pesanteur. Leurs selles se régularisent. Ils engraissent et reprennent des forces. Et cela dans un ou deux mois après l'opération.

Il a remarqué que la dyspepsie cédait plus vite que les troubles entéritiques : que l'entérite en un mot était le trouble gastro-intestinal qui était le dernier à céder.

Il est remarquable, en effet, combien les troubles digestifs disparaissent rapidement. M. L..., qui ne pouvait rien digérer et se privait le plus possible d'aliments solides, reprit pendant qu'il était à la Maison de Santé l'alimentation ordinaire. Et son bonheur, à sa sortie, fut de se remettre tout de suite à manger de la choucroute.

Nous avons cité le cas d'une malade qui avait une énorme dilatation de l'estomac et qui ne pouvait pas supporter le lait. Elle gardait à peine de l'eau et souvent la rendait. Il avait été question de faire en même temps que l'appendicectomie une gastro-entérostomie. Or, vers le dixième jour après l'opération, elle mangeait du jambon, des légumes, du poisson et les digérait parfaitement.

Les troubles d'entérite cèdent plus tard. Il faut le savoir et ne pas désespérer de la guérison des malades. Bien mieux, l'amaigrissement et l'asthénie

peuvent parfois persister très longtemps. A ce point de vue deux observations sont très probantes.

Dans l'une il s'agissait d'un enfant qui restait chétif plusieurs mois encore après avoir été opéré. La mère, très inquiète, revint voir le Dr Baudet qui la consola et conseilla de faire pratiquer à l'enfant de la culture physique. La mère un peu nerveuse s'opposa tellement qu'elle fit revenir son mari d'Amérique. Néanmoins l'enfant très intelligent s'adonna au sport avec entrain et avec envie de guérir. Au bout d'un an après l'opération, il était devenu un véritable athlète.

Dans un autre il s'agissait d'une fillette de 13 ans chez laquelle l'anémie persista plusieurs mois. Elle fut vue par le professeur Bezançon qui prescrivit plusieurs médications sans succès. Un an passa. A ce moment l'enfant reprit brusquement des forces nouvelles et à 14 ans elle était devenue plus vigoureuse que sa sœur qui en avait 16.

On peut donc compter qu'en général, les troubles provoqués par l'appendicite chronique cessent dès que l'organe est enlevé. Ils cessent le plus souvent très vite, mais lorsqu'ils durent un peu longtemps il ne faut pas perdre confiance et savoir attendre. Il est exceptionnel qu'après un an tout ne soit pas rentré dans l'ordre.

IX. — OBSERVATIONS

1. Mlle R..., 6 ans 1/2. Douleurs légères et fréquentes au ventre depuis le sevrage avec constipation habituelle. Légères crises durant quelques jours, tous les deux mois, se caractérisant par des douleurs généralisées dans tout le ventre. Constipation. Température : 38 degrés. Une crise assez douloureuse au mois de juin 1912 avec des douleurs spontanées, généralisées ; douleurs vives provoquées dans la fosse iliaque droite. Température : 38°-38°6. Localisation des douleurs au point de Mac Burney vers le troisième jour de la crise. Opérée le 2 juillet 1912. Appendice chronique typique. Il est très long. Ses parois sont normales. Guérison.

2. Mlle B..., 19 ans. Entérite de 4 à 8 ans, Constipation fréquente et opiniâtre depuis l'âge de 15 ans : douleurs au ventre apparaissant souvent après les repas et se localisant fréquemment au creux épigastrique. Constipation, migraine, tachycardie. Amaigrissement. Facies pâle, jaunâtre. Malaise général. Nervosisme très prononcé, trois crises pendant la période de juillet 1908 à juillet 1912 se caractérisant par des douleurs subites, durant quelques heures, dans la fosse iliaque droite et à l'épigastre. Opérée le 23 juillet 1912. Appendice très long, quelques adhérences molles. Les parois sont épaisses. Muqueuse un peu épaissie. Type d'appendicite chronique ayant eu récemment une très légère crise. Guérison.

3. Mlle B...,21 ans. Depuis l'âge de 8 ans jusqu'à 12-13 ans,

elle souffre d'amygdalite aiguë se répétant tous les ans, à la même époque. Constipation fréquente. Avril 1912, douleurs subites, vives au-dessus de la région inguinale droite avec irradiation dans la jambe droite, la région lombaire. Durée : dix minutes. Plusieurs crises semblables le même jour. Depuis : petites crises, très fréquentes survenant quelques heures après les repas. Opérée le 2 septembre 1912. Appendice en apparence normal. Il est long et très grêle. Trois ou quatre petits ganglions gros comme des grosses lentilles dans méso-appendice, jaunisse très légère de 3 au 5 septembre. Guérison.

4. Mlle D..., 18 ans. A l'âge de 13 ans, entérite muco-membraneuse avec constipation opiniâtre et douleurs dans tout le ventre. Digestions pénibles, céphalée, lassitude générale Etat général plutôt mauvais. A 15 ans, poussées d'amygdalite subaiguë. Deux crises au mois de juillet 1912 se caractérisant par des douleurs subites, légères dans la fosse iliaque droite et dans tout le ventre. Température : 37°9-38°5. Sensibilité persistante depuis la dernière crise dans la fosse iliaque droite. Opérée le 2 septembre 1912 Appendice est très long, 12 centimètres environ. Parois sont très épaisses, enflées, distendues.

5. M. B..., 17 ans. Maladies habituelles de l'enfance. Etat général est bon. Six crises depuis août 1911 jusqu'à octobre 1912 se caractérisant par des douleurs subites, faibles au niveau de la fosse iliaque droite, de très courte durée (5 à 10 min.). Opération le 26 octobre 1912. Appendice de 16 centimètres environ. Pas de lésions grosses apparentes. Guérison.

6. Mlle G..., 24 ans. Entérite glaireuse vers l'âge de 4 ans. Depuis : digestions pénibles, constipation, céphalée, anémie. A l'âge de 19 ans, petites crises plus ou moins espacées, se

caractérisant par des douleurs légères siégeant au-dessous des fausses côtes droites, de très courte durée, réapparaissant dans les dix ou quinze jours et s'accompagnant de digestions pénibles, de céphalée, de facies jaunâtre et de température. Deux crises, en octobre et décembre 1912, avec des douleurs dans tout le ventre accompagnées de vomissements alimentaires, de nausée, d'anorexie, d'insomnie et de faiblesse générale. Douleurs vives provoquées dans la fosse iliaque droite. Opération le 4 janvier 1913. Vestige d'adhérences péri-cæcales formant comme un voile membraneux qui applique l'appendice contre le cæcum. Appendice est gros, charnu, long de 10 centimètres. Corps étranger dans son intérieur. Pas de péritonite récente. Guérison.

7. M. C..., 22 ans. Entérite glaireuse vers l'âge de 4 à 5 ans. Depuis l'âge de 15 ans: constipation opiniâtre, amaigrissement, céphalée, nervosisme très prononcé. En 1908, petites crises de durée de dix à quinze minutes, se répétant tous les mois et se caractérisant par des douleurs abdominales généralisées, s'accompagnant de céphalée, d'amaigrissement rapide. Opération le 5 février 1913. Appendice coudé vers son milieu. Coudure maintenue par des adhérencss filamenteuses et non vasculaires, de telle façon que la pointe est au contact de la base. Appendice est long de 12 centimètres. Il est un peu charnu, vasculaire à l'extrémité, scléreux au bout. Matières fécales dans l'intérieur.

8. Mlle D..., 18 ans. Etat général bon jusqu'à sa première crise qui débute par des douleurs dans le bas-ventre à droite, accompagnées de vomissements alimentaires. Deuxième crise, dans la nuit du 24 au 25 février 1913, se caractérisant par des douleurs vives dans la partie haute de l'abdomen et dans la fosse iliaque droite. Durée : deux heures. Opérée le 7 avril 1913. On sent au tiers supérieur de l'appendice un corps étranger, gros comme un petit pois. Au tiers

inférieur un autre corps un peu plus gros. La muqueuse de l'appendice est malade, surtout dans les deux régions occupées par les deux corps étrangers formés au dépens des matières fécales. Cessation de toute crise.

9. Mme M..., 21 ans. En 1912, infection puerpérale, avec température, 40 degrés, pouls 130, filant. Curettage d'urgence. Deux crises légères, dont une avec des douleurs dans la fosse iliaque droite et une autre avec une sensibilité dans tout le ventre. Opérée le 9 avril. Appendice très long. Trois calculs à l'intérieur. Guérison.

10. Mme B..., 36 ans. Rougeole et jaunisse à l'âge de 10 ans. Constipation opiniâtre. En 1903, coliques néphrétiques gauche avec une sensibilité continue dans la région sus-pubienne. En 1908, troubles digestifs avec hyperchlorhydrie, salivation abondante, sensibilité à l'épigastre, brûlure. Amaigrissement. Anorexie. Quatre crises depuis 1905 dont deux mal caractérisées et deux autres avec des douleurs dans la fosse iliaque droite, accompagnées de vomissements alimentaires et de diarrhée. La troisième éclate au cours d'une grippe. Guérison. Opérée le 21 avril 1913. Appendice long, coudé avec un large méso. La pointe est réunie au cæcum par le bord assez épais du méso, vascularisé dans toute son étendue. Appendice congestionné. Matières fécales à l'intérieur.

11. M. G..., 16 ans. Angines très fréquentes. Opéré à 12 ans pour les végétations adénoïdes. Sensibilité très atténuée localisée dans tout le ventre survenant surtout le soir, avant le dîner et accompagnée de nausée. Une seule crise en 1913 éclatant au cours d'un voyage en auto, de durée de vingt-quatre heures et se caractérisant par des douleurs abdominales généralisées. Douleurs à la pression au point de Mac Burney. Opéré le 16 mai. Appendice en apparence

normal; il est libre. Matières fécales à l'intérieur. Cessation de toute douleur.

12. Mlle R..., 21 ans. Gastro-entérite à l'âge de 12 ans accompagnée de constipation opiniâtre. Depuis, faiblesse générale, amaigrissement, digestions pénibles. Trois crises de 1909 à 1913 dont une avec des douleurs à l'épigastre éclatant trois heures après le repas, et deux autres se caractérisant par des douleurs dans la fosse iliaque droite et accompagnées de vomissements bilieux, de nausées. Opérée le 4 août 1913. Renseignements manquent.

13. Mme L..., 26 ans. Opérée pour amygdalite, végétations et phlegmon sous-lingual. Deux crises en 1913 : douleurs vives, subites dans la région inguinale droite, douleurs à la pression dans cette région et au-dessous de l'ombilic. Douleurs spontanées, disparaissent le huitième jour après le début des crises. Opérée le 31 octobre. Appendice un peu gros, mou, normal extérieurement. Examen par le Dr Weinberg, lésions histologiques d'appendice anciennes et lésions récentes marquées par ulcération de la muqueuse et infiltration embryonnaire très diffuse et très profonde. Guérison.

14. Mlle D..., 15 ans 1/2. Angines très fréquentes. Anémique. Pleurésie en deux reprises. Ictère catarrhal en 1910. Depuis, petites crises, avec des douleurs dans la fosse iliaque droite, de très courte durée, s'accompagnant de troubles digestifs et de céphalée. Vomissements alimentaires rares. Opérée le 7 novembre 1913. Appendice coudé vers le milieu par une fausse membrane ancienne qui le coude à l'angle aigu. Il est long, renflé au milieu, au-dessous de la coudure. Matières fécales à l'intérieur. Troubles digestifs cessent.

15. Mme A..., 21 ans. Digestions pénibles, constipation vers l'âge de 12 ans. Deux crises en 1913, douleurs subites

dans la fosse iliaque droite, dans tout le bas-ventre. Douleurs à la pression dans la fosse iliaque droite. Alitée 15 jours la première fois et 1 mois la deuxième. Opérée le 8 novembre 1913. Appendice long, recourbé vers son milieu par adhérences anciennes qui plissent le méso. Lésion d'appendicite simple. Guérison.

16. M. P..., 12 ans. Angines répétées. Constipation fréquente. Anorexie, amaigrissement. Une seule crise au mois de février 1914, douleurs atténuées et généralisées dans tout le ventre, de durée très courte. Douleurs vives provoquées au point de Mac Burney. N'est pas alité. Opéré le 1er mars. Appendice très long, 12 centimètres environ. Il est libre et en apparence ne présente rien de particulier. Guérison.

17. Mme J..., 27 ans. Epoques très douloureuses, irrégulières avec des retards de huit-dix jours. Fièvre typhoïde à 15 ans. Angines répétées. En 1909, élancements dans la fosse iliaque droite, se répétant tous les jours pendant une heure. En 1913, douleurs atténuées survenant par crises dans la fosse iliaque droite, accompagnées de vomissements, de constipation opiniâtre. Depuis sa dernière crise, elle ressent une sensibilité continue dans la fosse iliaque droite. Opérée le 25 avril 1914. Appendice libre, gros légèrement enflé.

18. Mlle B..., 22 ans. Rhumatisme articulaire aigu au genou. Anémie, pleurésie sèche, double vers l'âge de 18 ans. En 1910, crise d'entérite (?). Deux crises appendiculaires en 1913, avec des douleurs abdominales généralisées et des douleurs à la pression dans la fosse iliaque droite. Alitée à chaque crise dont la durée est courte. Opérée le 16 mai 1914. Appendice long, adhérences anciennes au niveau de la base. Deux adhérences filamenteuses récentes. Lésions d'appendicite chronique. Guérison.

19. Mlle L..., 18 ans et demi. Chorée à l'âge de 10 ans. Etat général bon. Vers l'âge de 17 ans, céphalée fréquente, anorexie, amaigrissement progressif. En 1913, grippe à la suite de laquelle elle maigrit énormément (perd 14 livres en onze mois). En 1914, mars, petites crises, de très courte durée, avec des douleurs très atténuées dans la fosse iliaque droite. Douleurs vives provoquées au point de M. B. Opérée le 29 mai 1914. Appendice passant sous l'intestin grêle se termine sur le promontoire. Le tiers inférieur est libre, sans méso, les deux tiers supérieurs ont un méso extrêmement court, formé au dépens de la terminaison du mésentère. L'appendice est de 10 centimètres de long, très gros, épaissi, enflammé. On ne l'ouvre pas.

20. M. B..., 13 ans. Etat général bon jusqu'à sa première crise, deux crises en 1916 se caractérisant par des douleurs vives dans la fosse iliaque droite, de durée de vingt-quatre heures, accompagnées de température 38 degrés, 38°5. Opéré le 8 février 1916. Appendice est long et ne présente rien de particulier. On ne l'ouvre pas. Douleurs cessent.

21. Mme P..., 42 ans. Depuis l'année 1904, digestions pénibles, pesanteur à l'épigastre, tendance à la constipation. Gêne, pesanteur dans la fosse iliaque droite : deux crises (1914-1916), avec des douleurs très atténuées et très espacées dans la fosse iliaque droite, accompagnées de pesanteur à l'épigastre, de troubles digestifs. Opérée le 21 février 1916. Appendice est long. Méso large, nécessite des ligatures en étage. Il est renflé à son extrémité inférieure et paraît présenter quelques productions péritonéales comme des membranes un peu plus épaisses. On ne l'ouvre pas.

22. Mme L..., 37 ans. Deux crises se caractérisant par des douleurs atténuées, intermittentes, siégeant au-dessous de l'ombilic avec irradiation à l'épigastre. La troisième crise

avec des douleurs localisées dans la fosse iliaque droite. Opérée le 29 février 1916. Appendice présente un méso très long et rétracté. Ligature en trois étages. Parois de l'appendice sont très minces.

23. Mme G..., sept crises dans la période de 1906 à 1915 dont une en 1915 mal caractérisée et dix autres avec des douleurs subites, intermittentes dans la fosse iliaque droite. Irradiation vers l'épaule droite et dans tout le ventre. Vomissements alimentaires. Douleurs vives à la pression dans la fosse iliaque droite. Opérée le 8 mars 1916. Appendice long, type d'appendicite chronique. On ne l'ouvre pas. Cessation des crises.

24. Mlle Z..., 42 ans. Amaigrissement très prononcé vers l'âge de 38 ans (perd 50 livres en dix-huit mois). Troubles digestifs avec des vomissements alimentaires en 1916. Ne garde même pas l'eau à certains moments. Petites crises très nombreuses depuis l'année 1913 se caractérisant par des douleurs très atténuées dans tout le ventre, de durée de deux à trois jours, survenant surtout le matin. Opérée le 4 mars 1916. Appendice présente quelques adhérences avec le cæcum qu'on est obligé de détacher, sans qu'extérieurement l'appendice paraisse malade. Il est très long. Troubles digestifs cessent très vite. Guérison.

25. Mlle G..., 19 ans. Abus considérable de la viande qui constitue son aliment presque exclusif. En 1910, douleurs très vive atténuées à l'épigastre, éclatant trois à quatre heures après les repas, gêne, pesanteur dans la fosse iliaque droite. En 1915, douleurs légères localisées dans la fosse iliaque droite; elles sont très espacées. Gêne, pesanteur dans cette région. Rire, respiration forte, mouvement brusque du bras droit, provoque une sorte de déchirement dans la fosse iliaque droite (« comme une étoffe qu'on déchire »). Opérée

le 30 mars 1916. Appendice est extrêmement court et mince, enfoui dans un méso très graisseux, de telle sorte qu'une fois enlevé il n'a plus qu'un centimètre de long. Guérison.

26. Mlle L..., 22 ans. Opérée pour les végétations adénoïdes. Depuis 1904, petites crises se caractérisant par des douleurs atténuées à l'épigastre, de durée de vingt, trente minutes, se répétant tous les quinze, vingt jours environ. Douleurs à la jambe droite pendant la marche. Amaigrissement prononcé. Opérée le 4 avril 1916. Appendice extrêmement long, 12 centimètres, très sinueux, enroulé sur lui-même. Il est très congestionné. A la palpation on sent un corps étranger dur qu'on déplace facilement. On ne l'ouvre pas.

27. Mlle M..., 2 crises en 1916, avec des douleurs bien localisées dans la fosse iliaque droite, accompagnées de température 37°2-37°6. Opérée le 10 avril 1916. Appendice long, adhérent au cæcum et à la paroi, surtout en deux endroits qu'il fallait disséquer au bistouri. On n'ouvre pas l'appendice.

28. Mme B..., 34 ans. Depuis sa formation sujette à l'urticaire se répétant tous les trois, quatre mois. Elle fait 4 crises en 1914-1915, avec des douleurs atténuées, localisées à l'épigastre avec l'irradiation dans les régions hépatique, ombilicale et lombaire. Une fois ces douleurs siégeaient dans la région inguinale gauche. Amaigrissement (en 1915 elle diminue de 14 kilos en 2 mois), anorexie, céphalée, faiblesse générale, marche douloureuse, troubles nerveux sont presque continuels Opérée le 2 mai 1916. Appendice présente une adhérence à sa pointe qui se dirige vers la trompe droite. Ablation de l'appendice qui extérieurement ne présente rien de particulier. Il est renflé à sa pointe et manifestement enflammé. Troubles énumérés disparaissent.

29. Mme L..., 39 ans. Une crise en 1912, avec des douleurs abdominales généralisées, survenant une heure après le déjeuner, durant quelques heures et une autre en 1916 se caractérisant par des douleurs dans la fosse iliaque droite. Durée de cette crise : deux heures. Douleurs vives à la pression dans la fosse iliaque droite. Amaigrissement, anorexie, faiblesse générale, anémie. Sensibilité exagérée dans la fosse iliaque droite au moment des époques. Opérée le 6 mai 1916. Toute la moitié du gros intestin se trouve dans la fosse iliaque droite. Le péritoine cæcal est le siège de l'inflammation chronique et soudé avec le péritoine pariétal en deux plans. L'appendice est long, plus gros que normalement. Sa forme, son aspect extérieur sont normaux. Guérison.

30. Mme H..., 25 ans. Petites crises se caractérisant par des douleurs intermittentes dans la fosse iliaque droite, de très courte durée, accompagnées de digestions pénibles, de pesanteur à l'épigastre, d'anorexie, d'amaigrissement. Opérée le 31 mai 1916. Appendice est long, avec un méso surchargé de graisse. Vascularisation est plus intense à la pointe que dans le reste de l'organe. L'appendice est plein et contient des matières liquides.

31. Mlle M..., 20 ans, 3 crises en 1911-1916. Douleurs subites, légères dans la fosse iliaque droite et principalement au point de M. B... Elles sont vives à la pression. Nausées, amaigrissement. Troubles nerveux très prononcés : insommie, agitation extrême, tremblement. Opérée le 15 juillet 1916. Appendice est long, il contient 3 corps étrangers dont un est de 1 cm. 1/2 de long. On ne l'ouvre pas.

32. Mme de B..., crises d'épilepsie à signaler dans ses antécédents. Six crises appendiculaires avec des douleurs

atténuées dans la fosse iliaque droite (1re et 6e), à l'épigastre (2e et 5e) et dans tout le ventre (3e et 4e), accompagnées de vomissements alimentaires, bilieux, de nausées, de durée de quelques heures. Dans l'intervalle de ces crises la malade se plaint de digestions pénibles, de sensation de froid, de brûlure au creux épigastrique, de céphalée et de constipation. Impossibilité pour elle de se coucher sur le côté droit. Opérée le 15 juillet 1916. Epiploon est adhérent au côlon transverse formant une bride qu'on résèque. Appendice est normal extérieurement. Toute la partie du gros intestin avoisinante est distendue. Suites : revient à plusieurs reprises : souffre du côté droit surtout quand elle se couche sur ce côté. Guérison.

33. Mlle F..., 17 ans. Fait trois crises en 1916 dont une avec des douleurs atténuées à l'épigastre et deux autres se localisant dans la fosse iliaque droite ; deuxième crise (février 1916) éclate au cours d'une grippe et dure trois jours. Les deux autres sont de très courte durée. Vomissements alimentaires fréquents et constipation apparaissent fréquemment dans l'intervalle de ces crises. Opérée le 5 août. Appendice long, gros, un peu massif, sans traces d'inflammation tout autour. Il est renflé au niveau de la pointe. Guérison.

34. Mlle R... Jamais de crises. Depuis le mois de septembre 1915 elle souffre de troubles digestifs avec diarrhée, anorexie, céphalée, nausée, lassitude générale. Douleurs provoquées au point de M. B. Défense de la paroi au niveau de la fosse iliaque droite à la palpation. Opérée le 10 août 1916. Appendice est très long. Il est renflé à sa pointe. On constate les adhérences du cæcum à la paroi. On ne l'ouvre pas.

35. Mme S... Epoques très douloureuses. Petites crises très nombreuses depuis 1914, se caractérisant par des dou-

leurs atténuées dans le bas-ventre droit, avec irradiation dans la région lombaire droite. En 1914, ses mictions sont fréquentes et douloureuses à la fin. Opérée le 2 septembre 1916. Les organes génitaux paraissent normaux. On enlève l'appendice qui ne présente pas à la vue de grosses altérations.

36. Mme P..., 35 ans. Etat général est bon jusqu'à 1908. Depuis elle fait quatre crises dont trois avec des douleurs assez vives dans la fosse iliaque droite et une se localisant dans tout le ventre, avec irradiation dans la région lombaire et dans les membres inférieurs. Vomissements bilieux au cours de la quatrième crise. Opérée le 12 septembre 1916. Ablation d'un appendice un peu atrophié, avec un méso chargé de graisse. Cessation de toute crise.

37. Mme S... Fait cinq crises, avec des douleurs dans la fosse iliaque droite, durant quelques heures chaque fois. Au cours des deux premières (1910 et 1914), ces douleurs s'irradient dans la région hépatique qui devient ainsi un peu sensible d'une façon presque continue. Douleurs vives à la pression dans la fosse iliaque droite. Opérée le 20 septembre 1916. La vésicule est normalement volumineuse, un peu distendue, sans qu'on sente un calcul à son intérieur. Appendice présente quelques adhérences. Il est très long.

38. Mlle B..., 9 ans. Etat général toujours bon jusqu'à 1916. Elle fait quatre crises dont trois se localisent dans la fosse iliaque droite et la quatrième dans tout le ventre ; celle-ci est accompagnée de vomissements alimentaires. Nausée fréquente. Température au cours de ces crises oscille entre 37°7 et 38 degrés. Opérée le 7 octobre 1916. A l'ouverture du ventre on trouve du liquide qu'on éponge. Appendice est long. Sa vascularisation est très développée. Guérison.

39. Mlle H..., 11 ans. On note quatre crises, toutes les quatre se localisant dans tout le ventre. Douleurs vives à la pression au point de M. B. La malade souffre et se courbe en marchant dans l'intervalle des crises. Opérée le 3 novembre 1916. Appendice est long, son aspect est normal. Guérison.

40. Mlle W..., 24 ans. Entérite, fièvre typhoïde pendant son enfance. Fait une seule crise en 1916 débutant à l'épigastre, s'irradiant dans tout le ventre et se localisant enfin dans la fosse iliaque droite où les douleurs à la pression persistent jusqu'au jour de son opération. Température : 37°5. Opérée le 5 décembre 1916. Appendice présente 2-3 petites adhérences filamenteuses très minces qui se déchirent facilement. Il est turgescent, rouge, à parois épaisses. Il est plus mince qu'au niveau de sa base et de sa pointe sans avoir sa coloration normale. La paroi antérieure du cæcum est également vasculaire et épaisse. Il y a un ganglion à la base du méso-appendice,

41. Mme Z..., 33 ans. Depuis l'âge de 20 ans, sensibilité à l'épigastre, troubles digestifs avec vomissements alimentaires et bilieux, nausées, migraines, amaigrissement. En 1916, petites crises se localisant à l'épigastre, survenant surtout dans la nuit ou quatre heures après les repas. Sensibilité vive provoquée au point de M. B. Deux grossesses et une fausse couche de quelques semaines. Opérée le 8 décembre 1916. Ablation de l'appendice plein de matières fécales. Cæcum et le côlon ascendant sont très mobiles. Guérison.

42. M. D..., 16 ans 1/2. Angines fréquentes. Il fait trois crises, de durée de quelques jours, se localisant dans la fosse iliaque droite. Douleurs atténuées sont accompagnées de constipation opiniâtre, de sensibilité dans le membre inférieur droit. Opéré le 21 décembre 1916. Il y a quelques petites adhé-

rences filamenteuses et molles le long de l'appendice et du cæcum. L'appendice lui-même est un peu épais au milieu; il est congestionné. Notable quantité de liquide en ouvrant le péritoine.

Suites : augmenté de 4 kilos au mois de juin 1917. Plus de douleurs.

43. Mlle S..., 17 ans. Depuis 1916, jaunisse de durée de trois semaines ; jamais de douleurs spontanées dans la fosse iliaque droite. Douleurs à la pression dans cette région. Amaigrissement progressif, faiblesse générale, anémie. Opérée le 7 janvier 1917. Adhérences du cœcum à la paroi abdominale. Appendice présente vers le milieu un rétrécissement et au-dessus de celui-ci une dilatation dans laquelle on trouve une grosse goutte de pus.

44. Mme L..., Entérite muco-membraneuse tenace survenant par crises vers l'âge de 19-20 ans. En 1916, janvier, fait une crise mal caractérisée, avec des douleurs à l'épigastre et dans tout le ventre, accompagnées de nausées, céphalées. Opérée le 17 janvier 1917. Appendice normal. Suites : guérison.

45. Mlle C..., 9 ans. Angines, digestions pénibles accompagnées de nausées, de vomissements alimentaires. Enfant pâle, jaunâtre, chétive. Elle fait quatre crises en 1916-1917, avec des douleurs se localisant dans la fosse iliaque droite, s'irradiant dans la jambe droite. Vomissements alimentaires ou bilieux. Opérée le 19 février 1917. Appendice gros, mais uniformément cylindrique dans sa partie inférieure. Parois épaisses, vascularisées et œdémateuses. Un petit cacul dans l'intérieur de l'appendice.

46. Mme Z..., époques très douloureuses. Depuis 1911, elle fait des petites crises se caractérisant par des douleurs atté-

nuées à l'épigastre, accompagnées de troubles digestifs avec nausées, vomissements rares, migraines, amaigrissement, lassitude, fatigue intense. Opérée le 3 mars 1917. Appendice en apparence normal. Sa longueur est normale. Il est adhérent vers sa pointe au méso.

47. Mlle O..., 16 ans. Fait trois crises en 1915-1916. Douleurs subites, atténuées et intermittentes, de durée de quelques jours dans tout le ventre. Sensibilité fréquente dans la fosse iliaque droite dans l'intervalle des crises, ainsi qu'au membre inférieur droit pendant la marche. Opérée le 13 mars 1917. Appendice est long, tuméfié, un peu œdémateux, surtout à sa partie inférieure, mais sans vascularisation. Une petite bride, le coude en angle très aigu, à l'union du tiers inférieur au tiers supérieur.

48. Mlle V... Angines fréquentes, constipation, nausées. Elle fait trois crises en 1917 éclatant dans la fosse iliaque droite, avec irradiation dans tout le ventre. Les douleurs sont atténuées, intermittentes et s'accompagnent de vomissements alimentaires, de nausées. Opérée le 17 mars 1917. A l'ouverture du ventre, on trouve quelques adhérences filamenteuses de l'épiploon à la paroi. L'appendice est libre, cependant il est très long, tuméfié, œdémateux. Guérison.

49. Mlle S..., 16 ans. Angines. Opérée pour des végétations. Entérite glaireuse. Crise d'entérite précédant les deux crises appendiculaires qui se localisent dans la fosse iliaque droite. Céphalée intense au début des crises. Fièvre (?) frissons au cours de la deuxième. Opérée le 23 avril 1917. Il y a un peu de liquide dans le fond de la fosse iliaque droite. L'appendice est petit, atrophié. Rien de particulier comme aspect.

50. M. B..., 45 ans. Ictère catarrhal à l'âge de 20 ans. Quatre crises d'entérite glaireuse en 1916. Une seule crise appendiculaire en 1917 avec des douleurs subites dans la fosse iliaque droite pendant la marche qui devient de plus en plus pénible Opérée le 24 avril 1917. L'appendice est long. Son aspect est normal comme tous les appendices chroniques. Parois atrophiées. Cæcum et côlon ascendant sont mobiles. Guérison.

51. Mme Ch... Angines. Deux crises dont une éclate au mois de février 1917, avec des douleurs légères à l'épigastre, accompagnées de digestions pénibles, d'anorexie et une autre, au mois de mars de la même année se localisant dans le bas-ventre et dans la région lombaire. Au troisième jour de cette crise, les douleurs spontanées et provoquées apparaissent dans la fosse iliaque droite. Opérée le 28 avril 1917. Après son ablation l'appendice est revenu à sa forme à peu près normale. Par contre, toute la surface extérieure du cæcum est couverte d'adhérences filamenteuses et rougeâtres dont quelques-unes sont collées à la paroi.

52. Mlle G..., 17 ans. Troubles digestifs avec sensibilité, lourdeur, pesanteur à l'épigastre. Amaigrissement. Petites crises se caractérisant par sensibilité rare, subite dans la fosse iliaque droite, s'accentuant après une marche, une fatigue. Opérée le 18 avril 1917. A l'ouverture du ventre on trouve des adhérences de l'épiploon au cæcum sous forme de brides. Quelques autres adhérences épiploïdes. Appendice est très long, contourné sur lui-même en spirale. Muqueuse rouge et épaisse au niveau de la pointe. Guérison.

53. Mme M... Digestions pénibles avec sensation de pesanteur, de barre à l'épigastre. Amaigrissement progressif. Depuis 1914, petites crises se localisant dans la fosse iliaque droite, s'irradiant dans le membre inférieur droit, s'accom-

pagnant de troubles digestifs, d'amaigrissement. Opérée le 3 mai 1917. A l'ouverture du ventre on constate que l'appendice est coudé du côté de la base et tordu. Sa pointe remonte vers le côlon ascendant. Toute la partie qui est en rappor avec la base est adhérente au cæcum. Appendice est long de 16 à 18 centimètres et très dilaté. Guérison.

54. M. B..., 9 ans. Vomissements alimentaires rares. Céphalée très fréquente. Gêne à l'épigastre. Crises en 1916-1917 accompagnées de céphalée, de vomissements alimentaires au réveil, de respiration pénible, de température (37°8-38 degrés). Opéré le 9 mai 1917. L'appendice est long, un peu tuméfié. Rien de particulier comme aspect. Guérison.

55. Mme Ch... Opérée pour une annexité. Grippe infectieuse. Induration du sommet gauche. La malade fait sa première crise en 1916, avec des douleurs dans tout le ventre s'irradiant dans la région lombaire gauche. Douleurs provoquées dans la fosse iliaque droite. Vomissements alimentaires. La deuxième crise éclate en 1917, se localisant au flanc gauche, avec des douleurs à la pression dans la fosse iliaque droite, accompagnées de vomissement alimentaires et bilieux. Opérée le 10 mai 1917. Appendice est gros, long, coudé vers son milieu par une adhérence courte et fibreuse qui le rattache au cæcum. Le fond du cæcum regarde vers le haut un ganglion dans le méso-appendice. Guérison.

56. Mlle A..., 23 ans. Faiblesse générale. Constipation opiniâtre. Trois crises depuis le mois d'avril 1916 jusqu'à l'opération, dont deux atténuées, avec des douleurs dans la fosse iliaque droite et la troisième, aiguë, au mois de mai 1917 : douleurs iliaques très vives (« comme une tempête »), avec irradiation dans tout le ventre, vomissements alimentaires et bilieux, température 38°6 ; d'une durée de deux jours.

Opérée le 14 mai 1917. Adhérences du cæcum à la paroi. Appendice est petit, grêle, atrophié dans son segment inférieur. Extérieurement ne présente rien de particulier. On fait sourdre du pus. Guérison. Faiblesse générale et troubles digestifs ont complètement disparu. Mère d'une enfant superbe depuis deux ans.

57. Mlle P... Entérite à l'âge de 10-12 ans. Fait trois crises très atténuées en 1916-1917, avec une sensibilité à l'épigastre immédiatement après les repas (première crise), dans la fosse iliaque droite (deuxième et troisième crises), accompagnée de digestions pénibles, de céphalée, de fatigue générale, d'amaigrissement. Douleurs vives à la pression dans la fosse iliaque droite. Opérée le 23 mai 1917. Appendice est long. Extérieurement il ne présente pas des altérations spéciales. Guérison.

58. Mlle V..., 16 ans. Bien portante jusqu'à sa première crise qui éclate en 1916. Depuis elle en a de très nombreuses jusqu'à l'époque de son opération, toutes très légères, localisées à l'épigastre, avec irradiation dans la région ombilicale, dans la jambe droite et souvent dans tout le ventre qui devient à ce moment ballonné. Etat général très bon dans l'intervalle des crises. Opérée le 12 juin. Appendice a 8 centimètres de long. Il est turgescent, congestionné. Il y a un calcul dans son intérieur et très peu de muco-pus par derrière. Guérison.

59. M. B..., 10 ans. Père, frère opérés pour appendicite. Opéré deux fois pour végétations adénoïdes. Entérite glaireuse. Fait trois crises dont une se localise dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements bilieux, de température 38°4 et deux autres, légères, se caractérisant par une sensibilité dans la région ombilicale. Opérée le 14 juin. Appendice présente des adhérences au niveau de sa

partie inférieure. Il y a même une sorte de bride fibreuse qui le recouvre, s'étendant du cœcum au feuillet droit du méso-appendice. Il est long. Rien de particulier comme aspect. Trois gouttes de pus jaillissent en pressant. Guérison.

60. Mme S... Fait deux crises en 1900 et 1913; cette dernière éclate au cours d'une grippe infectieuse. Toutes les deux se localisent dans la fosse iliaque droite. Douleurs à la pression dans la fosse iliaque droite. Digestions pénibles, anorexie, amaigrissement, nausées, malaise général, sensibilité continue dans la fosse iliaque droite, ne la quittent pas depuis sa deuxième crise. Opérée le 3 juillet 1917. Appendice est très long. Adhérences profondes, étroites du cæcum avec le méso-appendice. Méso très long que nous sectionnons étage par étage.

61. Mlle F... 22 ans. Deux crises, successivement en 1914 et 1917. Douleurs sont localisées dans la fosse iliaque droite; elles sont souvent nocturnes en 1914. Leur durée est de cinq à dix minutes. Depuis sa deuxième crise, la malade se plaint de nausées, de malaise général, de fatigue, de sensibilité au réveil dans la fosse iliaque droite. Opérée le 6 juillet 1917. On trouve quelques adhérences filamenteuses au niveau de la base du méso-appendice. Appendice est long, dilaté, congestionné. On fait sourdre des matières fécales. On trouve un petit calcul dans le fond de l'appendice.

62. Mme T..., 53 ans. « Belle santé » jusqu'à l'âge de 42 ans. En 1906-1907 elle souffre de petites crises se répétant tous les mois, se localisant dans tout le flanc droit, dans la région lombaire droite et dans la jambe droite. Durée de ces crises : trente-quarante minutes. En 1916, les mêmes crises, avec crampes, tiraillements à l'épigastre, accompagnées de nausées. En 1917, juillet, elle fait une crise aiguë nécessitant

une piqûre de morphine, débutant à l'épigastre et s'irradiant dans la fosse iliaque droite, dans les régions inguinale et lombaire du même côté. Opérée le 6 juillet 1917. Appendice est très gros dans toute sa moitié supérieure. Il est adhérent au méso côlon, au cæcum. On détache ces adhérences aux ciseaux. La pointe de l'appendice est relevée vers le haut et maintenue coudée en bas par des adhérences. Guérison.

63. Mlle C..., 15 ans. Fait des petites crises en 1916, avec une sensibilité fréquente dans la fosse iliaque droite, accompagnée d'anorexie, d'amaigrissement, de fatigue générale et de nervosisme. Opérée le 10 juillet 1917. Appendice est placé dans une poche herniaire derrière l'angle iléo-cæcal formé par un repli péritonéo-valvulaire et par le cæcum, sorte de fossette rétro-cæcale. Il est coudé dans cette fossette, la pointe rejoignant la base. La coudure est faite au milieu de l'appendice. L'appendice est long, tuméfié, œdémateux. On fait sourdre un liquide fécaloïde. Pas de calculs. Guérison.

64. M. S..., 13 ans. Entérite glaireuse. Ablation des végétations. Fait trois crises en 1917 qui se localisent successivement dans tout le ventre (1re crise), dans la fosse iliaque gauche (2e crise), dans la région ombilicale avec irradiations dans les deux fosses iliaques (3e crise). Vomissements alimentaires. Opéré le 17 juillet 1917. Appendice est long, tuméfié. On fait sourdre du muco-pus. Guérison.

65. Mme V..., deux grossesses normales, une fausse couche. Elle fait trois crises, successivement en 1907, 1914, 1917, avec des douleurs dans la fosse iliaque droite, s'irradiant dans le bas-ventre droit, d'une très courte durée, accompagnées de lassitude et de faiblesse générales, d'amaigrissement (diminue de 11 kgr. en 1914-1917). Opérée le 19

juillet 1917. A l'ouverture du ventre on trouve: 1° épiploon adhérent au péritoine pariétal près de la ligne médiane ; 2° ovaire droit volumineux et transformé en kyste ; 3° ovaire gauche atrophié ; 4° utérus volumineux, à parois extrêmement épaisses ; 5° appendice est atrophié, fibreux et très mince dans son tiers inférieur. Il est adhérent au cæcum et aux annexes droite. Hystérectomie subtotale, ablation bilatérale des annexes. Appendicectomie. Malade a guéri.

66. Mlle M..., 16 ans. Santé délicate. Fait trois crises en 1916-1917 dont la troisième (1917, juillet) seule est bien caractérisée par ses douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Au cours des deux premières la malade a souffert dans la fosse iliaque gauche et dans tout le ventre. Douleur vive provoquée au point de M. B. Nausée, lassitude, nervosisme Opérée le 24 juillet 1917 Adhérences du méso à l'appendice par quelques filaments fibreux qui coude à l'angle aigu l'extrémité inférieure du méso. Appendice contient un liquide fécaloïde et purulent qu'on fait sourdre par simple pression.

67. M. P..., 26 ans. Etant enfant il a des troubles digestifs, avec vomissements après les petits déjeuners et rarement après les grands repas, accompagnés de douleurs dans tout le ventre, de pesanteur au creux épigastrique: Etant adolescent il fait des petites crises atténuées se localisant à l'épigastre, apparaissant à jeûn. En 1913, crises nocturnes, avec des douleurs à l'épigastre et dans tout le ventre. En 1914-1915, douleurs se localisent dans la fosse iliaque droite, où on les provoque facilement. Amaigrissement. Opéré le 26 juillet 1917. Petit appendice, chargé de graisse, très mince à la pointe. Cæcum est épais, œdématié, présente une série de petites irrégularités sur la surface. Tuberculose? Amélioration sensible.

68. Mme G..., 28 ans. Soignée pour une maladie de foie à l'âge de seize ans. Troubles digestifs, avec brûlures et douleurs à l'épigastre. Petites crises atténuées se localisant à l'épigastre. En 1917, elle fait deux crises, avec des douleurs dans la fosse iliaque droite. Elle est vive à la pression. Pesanteur au creux, brûlures.

Opérée le 30 juillet. Appendice en apparence normal. Quelques adhérences avec le cæcum. On fait sourdre des matières fécales. Guérison.

69. Mme D... Etat général toujours bon. Fait deux crises qui éclatent dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant de vomissements alimentaires. Douleurs durent vingt à trente minutes. Mais elle est alitée quatre à cinq jours à chaque crise. Opérée le 14 août 1917. Appendice est extrêmement atrophié dans toute sa longueur et presque réduit à l'état d'un cordon fibreux. Méso chargé de graisse. Guérison.

70. Mme T... Fièvre typhoïde grave avec trois rechutes. Depuis, troubles intestinaux avec sensibilité dans la fosse iliaque droite. Elle fait deux crises dont une atténuée en 1912, avec des douleurs dans la fosse iliaque droite ; une autre subaiguë, en 1917, d'une durée de deux jours, localisée dans la fosse iliaque droite, avec irradiation dans la fosse iliaque gauche. Opérée le 14 septembre 1917. Appendice est long, de 15 centimètres environ. Il est très dilaté. Quand on le sectionne, il sort un petit ver tricocéphal. Guérison.

71. Mlle C..., 13 ans. Depuis 1915, digestions pénibles, avec pesanteur à l'épigastre, céphalée, migraines. A la pression, sensibilité dans la fosse iliaque droite. Opérée le 27 septembre 1917. Il existe des adhérences filamenteuses au niveau de la base de l'appendice, entre l'appendice et le cæcum. Appendice est très long, entortillé sur lui-même et faisant cinq coudures. Extirpation habituelle. Guérison.

72. M. T..., 17 ans 1/2. Etant enfant il a des troubles gastro-intestinaux, accompagnés de vomissements, de nausée, de diarrhée alternant avec constipation. En 1917 il fait des crises très atténuées, avec pesanteur au creux épigastrique, sensibilité dans les régions hépatique et lombaire droite, accompagnées d'anorexie, d'amaigrissement, de nervosisme. Opéré le 28 septembre 1917. Appendice est très long, mais normal comme aspect. On ne l'ouvre pas. Guérison.

73. Mlle G... Depuis 1916 fait des petites crises atténuées, se caractérisant par des douleurs légères dans la fosse iliaque droite qui s'irradient dans tout le ventre. Durée dix à vingt minutes. Faiblesse générale, marche très pénible. Opérée le 9 octobre 1917. Appendice libre, sans adhérences et ayant toutes les apparences d'un appendice normal.

74. Mlle P..., 12 ans 1/2. Etat général bon. Trois crises, toutes pareilles, avec des douleurs légères dans la fosse iliaque droite (mars, juin, septembre 1917), d'une durée de huit à vingt jours et d'un mois. Opérée le dix octobre 1917. Appendice est un peu rouge et enflé. Sur le cæcum et l'intestin grêle il y a des granulations blanchâtres, très petites et qui paraissent bien tuberculeuses. Guérison.

75. M. De L..., 8 ans. Santé délicate. Ablation des végétations. Fait une seule crise en septembre 1917. Douleurs dans tout le ventre, accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux. Durée de la crise : huit jours. Opérée le 27 octobre. Appendice est d'une longueur moyenne, effilé du bout, renflé dans sa partie inférieure et adhérant par sa pointe à la partie inférieure de la paroi pelvienne dont on a beaucoup de difficultés à le détacher. Il semble même que la calotte terminale est restée au fond du bassin. Une mèche au contact du foyer. Appendice est enlevé. Drain derrière la mèche. Guérison.

76. Mlle A..., 11 ans 1/2. Depuis 1915 elle a des petites crises se localisant dans tout le ventre, éclatant le matin à jeun, d'une durée de quinze à trente minutes. Douleurs à la pression dans la fosse iliaque droite. Opérée le 1er novembre 1917. A l'ouverture du ventre il sort un peu de liquide séreux. Appendice est long de 12 à 14 centimètres. Extérieurement il ne présente rien de particulier. A la pression on obtient un petit calcul stercoral grisâtre et un boudin stercoral de 2 centimètres environ. Pas de pus dans l'appendice. Guérison.

77. Mme B... Constipation habituelle. Règles longues, douloureuses, abondantes. Jamais de crises nettes. Depuis 1912, douleurs au flanc droit. Estomac très dilaté à la radioscopie. Depuis 1915, amaigrissement de 9 kilos. Constipation très prononcée. Opérée le 5 décembre 1917. Appendice est gros, renflé à la pointe. Il y a quelques membranes qui unissent le cæcum à l'instestin et qu'il faut détacher. La pression sur l'appendice fait sourdre III gouttes de pus. Guérison.

78. Mlle B... Entérite glaireuse. Angine de Vincent. Crises légères se caractérisant par des douleurs atténuées, rares, dans la fosse iliaque droite, dans la région hépatique et à l'épigastre. Jamais de température. Opérée le 5 décembre 1917. Extérieurement l'appendice et le cæcum paraissent normaux. Appendice est long (plus de 12 cm.). A la pression on fait sourdre une abondante quantité de liquide puriforme et sanguinolent. Disparition de douleurs et de troubles entéritiques.

79. M. G... En 1917 il fait une crise aiguë d'entérite précédée de diarrhée pendant dix jours environ. Depuis, 3 crises en 1917-1918, toutes les trois très légères, sans température, ni vomissements, bien localisées dans la fosse iliaque droite. Opéré le 15 janvier 1918. Appendice est très long.

deux fausses membranes qui unissent l'appendice au méso-appendice et à l'intestin grêle. Un bol fécal à la pression ; il est allongé et moulé. Malade se rétablit.

80. Mme M... Etat général est bon. Elle fait quatre crises en 1915-1918, toutes très atténuées, éclatant dans tout le ventre, s'irradiant surtout à l'épigastre, d'une durée de deux jours chaque fois. Ni vomissements, ni température. Douleurs vives à la pression au point de M. B... Opérée le 28 janvier 1918. Appendice de 10 centimètres de long, tuméfié, avec un long méso qui s'étend sur toute la longueur de l'appendice et qu'on est obligé de lier en trois fois. Matières puriformes dans l'intérieur de l'organe. Guérison.

81. Mme V..., 43 ans. Entérite glaireuse depuis l'âge de 14 ans. Fait une seule crise en novembre 191[illegible]. Douleurs légères dans tout le ventre. Douleurs à la pression dans la fosse iliaque droite. Pas de température. Nausée, malaise général. Durée : quelques jours. Depuis sensibilité dans la fosse iliaque droite pendant la marche. Opérée le 16 février 1917. A l'ouverture du ventre on trouve que le cæcum est adhérent par des fausses membranes les unes dures, les autres cartilagineuses formant un tissu aréolaire, œdémateux. L'appendice est long, extrêmement étroit et atrophié à sa base, renflé dans tout le reste. A la pression on fait sourdre de l'intérieur un bol fécal filiforme. Guérison.

82. Mlle Ch..., 12 ans. A 11 ans arrêt de croissance, avec un poids, une taille ne correspondant pas à son âge deux crises dans la fosse iliaque droite avec 38 degrés. Marche pénible. Opérée le 21 février 1918. Appendice de 10 centimètres environ. Il est situé à la limite de la fosse iliaque gauche et de la paroi pelvienne du même côté, par conséquent de l'autre côté du bassin. Extérieurement il ne paraît

pas anormal. A la pression on fait sourdre d'abord une goutte de pus et un petit bol fécal très effilé. Guérison.

83. Mme N.,36 ans, jamais de crises. Depuis 1913, troubles digestifs avec vomissement alimentaires survenant trois, quatre heures après les repas, céphalée, lassitude générale, insomnie pesanteur, lourdeur à l'épigastre. Douleur à la pression dans la fosse iliaque droite. Opérée le 5 mars 1918. Appendice de 15 centimètres descendant le long de la paroi pelvienne jusqu'au fond du bassin. Il est très mince. On l'enève en pratiquant en partie l'appendicectomie sous-séreuse. Adhérences extrêmement nombreuses depuis la base jusqu'à la pointe et qu'il faut disséquer de haut en bas. Guérison.

84. Mme D..., 43 ans, soignée pour ulcère de l'estomac. En 1917, douleurs très atténuées à l'épigastre, provoquées à la pression dans la fosse illiaque droite. En 1918, crises légères dans la fausse iliaque droite, avec des douleurs vives à la pression dans cette région. Opérée le 12 mars. Appendice long de 10 centimètres, recourbé au niveau de sa base, la pointe en l'air, présentant deux adhérences très nettes, l'une au niveau de sa base qui le coude, et l'autre près de la pointe, sur le méso. Amélioration.

85. M. F...,Etat général bon,deux crises en 1918,avec des douleurs assez vives dans la fausse iliaque droite s'irradiant dans tout le ventre. Durée : trois jours. Pas de température. Opéré le 16 mars 1918. Appendice est long de 12 centimètres, volumineux, œdémateux. Il est entouré de fausses membranes molles qui une fois qu'elles sont détachées des parties voisines lui restent adhérentes comme du blanc d'œuf filant. Rien dans l'intérieur de l'appendice. Jamais de crises depuis l'opération.

86. Mlle D..., 11 ans 1/2. Vers l'âge de 6 à 7 ans elle fait

tous les soirs 37°7, 37°8, avec facies pâle, fatigue générale. A l'âge de 10 ans : Troubles intestinaux avec diarrhée, fatigue générale, douleurs à la pression dans la fausse iliaque droite. En 1918 elle fait trois crises, avec température 38 degrés, vomissements alimentaires, douleurs spontanées d'une courte durée dans la région hépatique et provoquées dans la fausse iliaque droite. Opérée le 30 mars 1918. Appendice très long, 12 centimètres. Il contient un très long calcul stercoral. Guérison.

87. Mme V..., 26 ans. En 1917, douleurs sourdes dans la fausse iliaque droite ; nausées, avec troubles entéritiques. En 1918 elle fait une crise dans la fausse iliaque droite, avec des douleurs légères, intermittentes. Opérée le 19 avril 1918 : 1° Deux, trois petits kystes du côté de l'ovaire droit ; 2° Epiploon est adhérent en deux points au cæcum et au méso-appendice. En réséquant une partie de cet appendice, on résèque sans s'en apercevoir l'extrémité inférieure de l'appendice. Le reste de l'organe est perdu sous le feuillet postérieur du mésenter qu'on est obligé de décoller sur une assez grande étendue. On enlève un cordon fibreux qui n'a rien de bien spécial. On referme le feuillet postérieur du cæcum et le feuillet postérieur du mésenter. Drain dans la fausse iliaque sortant par la partie inférieure de l'incision médiane. Guérison : ni troubles digestifs, ni entérite.

88. Mlle C..., 19 ans, jamais de crises depuis l'âge de 14 ans, troubles digestifs, avec lourdeur pesanteur à l'épigastre, à jeun ou quelques heures après les repas sensibilité intermittente dans la fosse iliaque droite. Amaigrissement, lassitude générale. Opérée le 23 avril 1918. Appendice très long, parfaitement libre, contenant du muco-pus. Guérison.

89. Mlle L..., 23 ans. Constipation opiniâtre. Une crise, en 1915, dans tout le ventre, matin au réveil. Depuis, troubles

digestifs avec douleurs à l'épigastre survenant après les repas. Faiblesse générale. Douleurs à la pression dans la fosse iliaque droite. Appendice gros, tuméfié, œdématieux. La face externe du cæcum et le feuillet correspondant du méso-appendice sont unis par des adhérences minces et transparentes qu'on dissèque. Appendice contient du muco-pus et un calcul stercoral. Guérison.

90. Mlle M..., 16 ans. Crise aiguë à 7 ans. En 1918, petites crises d'une durée de une à deux heures, éclatant toutes dans la fosse iliaque droite. Souffre en marchant. Pas de température (en 1917, septembre, fait une jaunisse, d'une durée de trois semaines). Opérée le 3 septembre 1918. Appendice très long. Adhérences multiples et récentes. Liquide séreux dans le péritoine. L'appendice qui a 12 centimètres de long renferme des matières stercorales. Guérison.

91. Mme L..., 24 ans. Depuis 1912, elle fait des petites crises éclatant dans le fosse iliaque droite, coïncidant avec les époques, d'une durée de six à huit jours, accompagnées de vomissements alimentaires, de nausée, de diarrhée. Amaigrissement. Opérée le 10 septembre 1918. Appendice long, quelques adhérences sur la partie droite du méso. Un long calcul stercoral dans l'intérieur de l'appendice, sans pus. Guérison.

92. Mme L..., 28 ans. Elle fait une crise aiguë en 1915, d'une durée de vingt jours. Douleurs très atténuées vers le troisième jour. Cette crise a été suivie pendant trois ans de manifestations caractéristiques de l'appendicite chronique : troubles digestifs, avec vomissements alimentaires après les repas ou à jeun, anorextie, nausée, amaigrissement, sensibilité continue dans la fosse iliaque droite et région lombaire droite. Douleurs vives à la pression dans la fosse iliaque droite. Fatigue extrême pour laquelle elle est alitée depuis

le 9 septembre 1918. Opérée le 17 septembre. Appendice enfoui au milieu d'adhérences péricæcales. Il faut détacher ces adhérences aux ciseaux pour arriver à découvrir l'appendice qui a 10 centimètres environ et est très volumineux dans ses deux tiers inférieurs. Il contient un peu de pus. Guérison.

93 M. D..., 13 ans. Pleurésie purulente double à 5 ans. En 1917, crises éclatant dans tout le ventre. Douleur à la pression au point de Mac Burney. Douleurs durent un jour et réapparaissent tous les mois environ. Depuis, la douleur pendant la marche dans la fosse iliaque droite. Opéré le 19 septembre 1918. A l'ouverture du ventre il existe des adhérences de l'épiploon à la paroi, adhérences fines et faciles à séparer. Appendice long de 10 centimètres, contenant du mucus. Guérison.

94. Mlle A..., 23 ans. En 1917, point douloureux iliaque au moment des époques. En 1918, douleurs vives dans la fosse iliaque droite, durant cinq à six jours, réapparaissant tous les mois environ. Amaigrissement, anorexie, nausées fréquentes. Opérée le 8 octobre 1918. Appendice extrêmement long, remontant la pointe à l'air, le long de la face postérieure du côlon ascendant jusqu'à l'angle côlique. Adhérences dans toute son étendue. Il est blanchâtre, mince, réduit à l'état de cordon. Contient une goutte de muco-pus.

95. Mlle D..., 35 ans. Toujours bien portante jusqu'au mois d'octobre 1918. A cette époque elle éprouve des douleurs vives dans la région lombaire, avec irradiation dans tout le ventre. Durée : un jour. Vers le deuxième jour la douleur se localise dans le bas-ventre à droite. Opération le 19 octobre 1918. Appendice est très long avec méso très graisseux, ce qui oblige à faire l'hémostase particulier de ce méso. Il y a une goutte de pus dans l'appendice. Guérison.

96. Mlle L... Grippe infectieuse succédant à une crise appendiculaire, caractérisée par des douleurs abdominales après une marche très fatigante. Durée : quatre jours. Douleurs intermittentes, d'une durée de deux à trois minutes, réapparaissant tous les quarts d'heure environ le premier jour. Depuis, fatigue générale, amaigrissement, nausée. Opérée le 22 octobre 1918. Appendice a 11 centimètres environ. Il est gros, surtout dans son tiers inférieur. Son extrémité est renflée en massue. Par pression on fait sourdre un liquide puriforme. Guérison.

97. Mlle H... Vers l'âge de 5 ans, douleurs lombaires droites, intermittentes, durant un mois, apparaissant dans les cinq à six mois environ. En 1918, stomatite aphteuse, d'une durée de trois semaines, avec 39-40 degrés. A cette époque, crises légères, presque quotidiennes, d'une durée de deux à trois heures, avec des douleurs dans la région hépatique, s'irradiant à l'épigastre, sur la ligne axillaire droite, dans la région dorsale droite, accompagnées de vomissements bilieux. Ces crises surviennent à minuit ou à quatre heures du matin ; jamais de douleurs, ni provoquées, ni spontanées, dans la fosse iliaque droite Opérée le 5 novembre 1918. Appendice a environ 5 centimètres de longueur. Il est extrêmement petit, comme un catgut 2 et ne présente ni adhérences à l'extérieur, ni exsudat dans son intérieur. On peut introduire un stylet très fin dans son intérieur. Il est remarquablement sec. Guérison.

98. Mlle S..., 22 ans. Entérite glaireuse, fièvre typhoïde, scarlatine ; pleurésie durant quatre ans avec convalescence. Constipation opiniâtre ; troubles digestifs avec douleurs à l'épigastre après les repas, digestions pénibles, migraine, anorexie. En 1918, grippe avec pneumonie suivie, un mois après, d'une crise appendiculaire atténuée, d'une durée de huit jours, se localisant dans la fosse iliaque droite. Opérée

le 13 novembre 1918. Appendice très long, mince comme fibreux. Ses parois sont atrophiées ; aucun exsudat. Méso étroit, mais long et graisseux. Guérison.

99. Mme T..., 33 ans. Accouchement normal en 1915, Commence à maigrir depuis le sevrage (diminue de 36 kgr. en 1916-1918). Elle fait deux crises en 1918 (juin et octobre). avec des douleurs dans la fosse iliaque droite, s'irradiant dans tout le ventre. Nausée. Fatigue générale. Opérée le 14 novembre 1918. Appendice très long, recourbé par derrière le cæcum. Pas d'adhérences. Il est très aminci dans sa moitié inférieure, contenant dans sa moitié supérieure de la matière stercorale et du mucus.

100. Mme D..., trente-deux ans, jamais de crises. Depuis 1915, troubles digestifs, avec digestions pénibles, aigreur, nausées au réveil, sensibilité dans tout le ventre, très fugace, après une marche. Douleurs à la pression dans la fosse iliaque droite. A gauche, dans la région correspondante, on provoque des douleurs moins vives. Opérée le 10 décembre 1918. Le cæcum et le côlon sont adhérents à la fosse iliaque à l'aide des fausses membranes très larges et très minces qu'on coupe aux ciseaux. Appendice long, mais extrêmement mince. Il est réduit à l'état de cordon fibreux dans l'intérieur duquel on ne peut rien faire sourdre par pression. Il est creux et on peut le cathétériser avec un fin stylet. Guérison.

101. Mlle L..., seize ans. Entérite glaireuse jusqu'à l'âge de sept ans. Depuis le mois de juillet 1918. Amaigrissement, fatigue générale, digestions pénibles, douleurs atténuées à l'épigastre, sensation de barre au creux épigastrique. Une crise légère au mois d'octobre 1918, avec des douleurs dans la fosse iliaque droite, intermittentes, d'une durée de trois à quatre jours. Opérée le 11 décembre 1918.

A l'ouverture du ventre on constate qu'il y a de nombreuses adhérences entre le cæcum et la paroi. Appendice très long, 12 centimètres environ, très contourné sur lui-même. Il contient un petit filament stercoral. Guérison.

102. Mlle G..., seize ans. Grippe à l'âge de quinze ans. Fait une crise légère au mois de février 1919 dans la fosse iliaque droite. Alitée quinze jours. Depuis, sensibilité continuelle dans la fosse iliaque droite. Faiblesse générale. Opérée le 17 mars 1919. Adhérences molles du cæcum à la paroi. Vascularisation cæcale est énorme. Appendice est très long, contourné sur lui-même. Bol fécal dans l'appendice.

103. Mme F... En 1908-1914 elle se plaint de faiblesse générale, d'anémie, d'insomnie. Elle fait une crise en 1914, se localisant dans la fosse iliaque droite. Alitée quinze jours. Depuis : sensibilité persistante dans la fosse iliaque droite. Douleurs atténuées, iliaques pendant huit jours qui précèdent les époques. Deuxième crise éclate en 1919, janvier, avec des douleurs assez vives dans la fosse iliaque droite, s'irradiant dans le bas-ventre. Nausées, vertiges, mictions douloureuses. Amaigrissement. Opérée le 8 avril 1919. Légères adhérences glutineuses entre l'appendice et le cæcum. Appendice de moyenne longueur. Une goutte de muco-pus dans son intérieur. Guérison.

104. Mlle G..., vingt-cinq ans. Etat général bon. Grippe en 1918 avec une convalescence longue. Depuis : lassitude générale, amaigrissement, douleurs provoquées dans la fosse iliaque droite. En 1919, douleurs dans tout le ventre presque continuelles, accompagnées de fatigue, de lassitude, d'amaigrissement (perd 12 kilos depuis le mois d'octobre 1918). Opérée le 8 mai 1919. Appendice extrêmement mince, 6 centimètres, gros comme une aiguille à tri-

coter. Quelques adhérences molles entre la base l'appendice et le cæcum. Guérison.

105. Mme R... En 1910 elle fait une crise d'entérite. Depuis : faiblesse générale progressive, céphalées, ballonnement du ventre. Elancements dans le bas-ventre droit avec irradiation dans la fosse iliaque droite. Opérée le 5 juin 1919. Ovaire droit kystique. Kystes multiples pendus au pavillon de la trompe. Appendice extrêmement long. Extérieurement il ne présente rien de particulier. Guérison.

106. Mme D... Père mort à l'âge de vingt-cinq ans de la tuberculose. Fièvre typhoïde, entérite, anémie. En 1918 elle fait des poussées de température (tous les soirs 37°7-38 degrés), accompagnées d'engourdissement et de fourmillement prononcés aux membres supérieurs et inférieurs, de fatigue générale. En 1919, avril, elle est soignée pour « insuffisance hépatique » ; une purge ordonnée provoque une crise légère, caractérisée par des douleurs atténuées dans la fosse iliaque droite. A la palpation le gros intestin donne une sensation d'une bosse. Facies jaunâtre, fatigue générale très prononcée. Opérée le 4 juillet 1919. Cæcum très dilaté adhérent à l'épiploon par sa face postéro-externe. Résection de l'épiploon. Adhérences nombreuses du cæcum à la paroi. Appendice est long de 12 centimètres environ, grêle, d'apparence fibreuse. Muco-pus à l'intérieur. On ne voit pas dans toute la zone opératoire aucune trace de dépôt granuleux ou fibreux qui fasse penser à la tuberculose. Amélioration de l'état général.

107. M. G..., 12 ans. Hernie inguinale droite depuis l'âge de 5 ans. Sensation de lourdeur au niveau de la jambe droite. Deux crises légères en 1915 et 1919, caractérisées par des douleurs dans la fosse iliaque droite, d'une durée de plusieurs jours. Opéré le 6 juillet 1919 : 1° incision inguino-

iliaque. On découvre le cordon, dissection du sac, sa ligature, sa résection ; 2° au haut de l'incision on ouvre la fosse iliaque où on trouve du liquide. Adhérences de l'appendice par son bord externe au méso. Dissection des adhérences au bistouri. Résection de l'appendice, suture après son enfouissement. Guérison.

108. Mme P..., 34 ans. Entérite par crises fréquentes. Fait une crise appendiculaire en 1918, août : douleurs vives généralisées après un repas, accompagnées de vomissements alimentaires, de diarrhée abondante ; elles sont intermittentes pendant trois jours. Depuis, sensibilité continuelle dans la fosse iliaque droite. Constipation opiniâtre. Opérée le 17 juillet. Appendice extérieurement ne présente rien de particulier ni dans sa forme, ni dans sa couleur. Il a environ 8 à 10 centimètres de longueur ; cependant au niveau de sa base, à 2-3 millimètres au-dessous de son point d'implantation sur le cæcum, il existe une bride fibro-graisseuse, demi-circulaire, épaisse de 2-3 millimètres qui l'enserre et qui l'étrangle. Cette bride graisseuse va d'une face à l'autre du cæcum. L'appendice à ce niveau est très aminci, mais sitôt qu'on a sectionné cette bride avec des ciseaux il reprend ses dimensions normales. Il n'y a à ce niveau aucun aspect cicatriciel. La pression fait sortir deux ou trois boudins stercoraux, très minces, allongés, filiformes.

109. Mme C..., Grossesse avec éclampsie grave. Depuis, elle fait des petites crises, avec des douleurs dans la fosse iliaque droite, s'irradiant dans la région lombaire (en 1919, février-juillet), s'accompagnant de nausée, d'anorexie, d'amaigrissement. Opérée le 2 août. Appendice très long, plus de 12 centimètres contenant des matières molles enrobées de pus. Guérison.

110. Mlle D..., 12 ans. Entérite, bronchites ; enfant maigre,

chétive. Depuis plusieurs années, elle souffre de douleurs légères, intermittentes dans la fosse iliaque droite, accompagnées d'anorexie, d'amaigrissement, de céphalées. Opérée le 7 août. Appendice est long et plusieurs fois contourné sur lui-même. Extérieurement, rien de particulier. Dans son intérieur, boulette fécale, filiforme, ayant toute la longueur de l'appendice.

111. Mme B... Sensibilité presque continuelle depuis plusieurs années dans la fosse iliaque droite. Fait une crise assez vive au mois de juillet 1919 qui se localise dans cette région. Etat général relativement bon. Opérée le 19 septembre 1919. Appendice mince, long, sans adhérences. Guérison.

112. Mlle L..., 24 ans. Entérite aiguë à l'âge de 4 ans. Fait deux crises, successivement en 1914 et 1918, avec des douleurs à l'épigastre s'irradiant dans la fosse iliaque droite, d'une durée de quelques jours. Etat général est bon. Opérée le 23 septembre 1919. Appendice très long, mince et normal dans son tiers supérieur, dilaté, œdématieux dans ses deux tiers inférieurs. A la pression, on fait sourdre une bandelette fécale qui moule la cavité appendiculaire. Méso lié en trois étages. Guérison.

X. — CONCLUSIONS

L'appendicite chronique est une maladie douloureuse sans doute, mais caractérisée surtout par des troubles digestifs et très souvent aussi par une diminution progressive de la santé générale. Elle procède par crises douloureuses, mais ne s'accompagne que très exceptionnellement d'appendicite aiguë. Les régimes, les médications, la vie au grand air arrêtent momentanément les troubles digestifs et l'amaigrissement, mais ne les suppriment pas. Il n'y a qu'un traitement radical, l'ablation de l'appendice.

Presque toujours, après cette opération, la santé générale se rétablit, la dyspepsie et l'entérite disparaissent. Cette disparition est généralement rapide et se manifeste alors dans la première quinzaine qui suit l'opération. Exceptionnellement elle est tardive, et nous avons vu dans 2 cas qu'elle ne s'était montrée qu'au bout d'un an.

Vu : le Président de la thèse,
PIERRE DUVAL

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Aubry. — Formes larvées de l'appendicite chronique (Gazette méd. de Nantes, 1912, p. 421-427).

Auvray. — A propos du diagnostic de l'appendicite (Revue générale de Clinique et de Thérap. Paris, 1906, p. 257-260).

Broca (*A.*). — *a*) Soc. Pédiatrie. Londres, 1906 ; *b*) Presse méd. Paris, 1908, 1 ; *c*). Ap. chronique, diagnostic précoce (Tribune méd. Paris, 1906, p. 293-297) ; *d*) Entérite aiguë et ap. (Presse méd. Paris, 1908, p. 212) ; *c*) Presse Méd. Paris, 1908, p. 505-507).

Brun. — *a*) Soc. Chir., mai 1900 ; *b*) Presse méd., mai 1897 ; *c*) Presse méd., mars, 1898.

Brumpt et Lecène. — Un cas d'app. vermineuse (Soc. méd. Hôp., février, 1909.

Chauffard. — De l'app. (Revue gén. de Cl. et de Thér. Paris, 1919, p. 743).

Chavannaz. — App. tuberc. (Journ. de Méd. de Bordeaux, 1908, p. 85).

Comby. — *a*) Formes de l'ap. chr. chez les enfants (Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp., Paris, 1908, 3. s., XXV, 845-867 ; *b*) Ap. chr. chez les enfants (Arch. f. Kinderch, Stutg., 1909, I, 133-140) ; *c*) Forme fruste chronique (Sem. méd., 1903, novembre) ; *d*) Ap. chr. chez les enfants (Arch. de Méd. des enfants, avril, 1907).

Delagénière. — Contrib. à l'étude de l'ap. chr. (Arch. prov. de chir. Paris, 1911, p. 689-697).

Dupuy de Frenelle. — *a*) Le diagnostic de l'ap. chr. (Gaz.

méd. de Paris, 1912, p. 373-376) ; *b*) Le diagnostic de l'ap. chr. précisé et conformé par la radiographie (Paris, chir., 1913, p. 7-14).

Dieulafoy. — Appendicite (L'Hygiène. Paris, 1910, n° 8, 7-11).

Delbet. — A propos des sensat. tact. fournies par l'ap. (Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris, 1906, 417-419).

Discussion. — Sur la typhlo-côlite et l'ap. (Bull. Ac. de Méd. Paris, 1906, p. 597, 633, 677, 723, 764).

Dieulafoy. — *a*) Typhlo-colite et app. (Acad. Méd., mai 1906,) *b*) Typhlo-côlite (Journal des Prat., avril 1906).

Floersheim. — Diag. of chr. app. (Am. med. Burlington, V. T. et N. V., 1911, 246-253).

Forgue. — Diag. et trait. de l'ap. chr. (Montpel. méd., 1912, p. 217-222).

Faure (*J.-L.*). — Sur les causes et la fréq. de l'ap. chr. (Presse méd. Paris, 1917, 369-371).

Grégoire. — Dilatation douloureuse du côlon droit et d'app. chr. (Arch. de mal. de l'ap. dig. Paris, 1919, p. 456).

Gaudin. — App. chr. et point M. B. (Journal de Méd. de Paris, 1913, p. 502).

Glénard. — Sur l'app. et l'entéro-côlite (Ac. Méd., avril 1897).

Haller. — Des épiploïtes chron. (Thèse de Paris, 1912).

Hutinel. — App. et pseudo-app. dans certaines mal. infec. (Revue gén. de Clin. et de Thérap. Paris, 1908, 257-260).

Hartmann. — *a*) App. et entéro-côlite (Revue gén. des Sc., 1905) ; *b*) App. et annexite (Ann. de Gynéc. obst., fév. et mars 1908).

Huchard. — Typhlo-côlite et app. (Acad. Méd., juillet 1906).

Jalaguier. — *a*) Soc. Chirurgie, VI, 1898. Paris ; *b*) Indic. thérap. de l'ap. chr. (Soc. Chir., février 1900).

Kiasoff. — Chirourgia, juillet 1908, 139.

Kirmisson. — *a*) Ap. chr. chez les nourrissons (Revue de Chir. Paris, 1906, 441-458) ; *b*) Les app. sympt. étiologie (Revue internat. de Méd. et de Chir. Paris, 1906, 361-363).

Lancereau. — Acad. Méd., mai 1906.

Lecène. — Soc. anat. Paris, 1911 (Bull. et mém., nos 5, 6).

Le Dentu. — Typhlo-côlite et app. (Ac. de Méd., juin 1906).

Lejars. — *a*) Typhlite et périty phlite (Sem. méd., 1906, 217) ; *b*) Les points doul app. (Sem. méd., mars 1908).

Lévy. — Thyphl. or chronic app. (N.-York M. J., 1917, 449-451).

Leven. — App. les erreurs de diagn. (Clin. Paris, 1911, 339-341).

Mauclaire. — *a*) Clin. sur l'app. (Bull. méd., sept. 1899). *b*) Gaz. des Hôp., 1904, 35).

Ménétrier. — App. vermineuse (Soc. méd. Hôp., fév. 1909).

Peraire. — *a*) Ap. chr. (Paris chir., 1916, 339) ; *b*) Entéro-côlite et app. (Bull. et mém. Soc. anat. de Paris, 1909, 48-50).

Pankow. — Beitrage fur geburt. und gynæk, mai 1908.

Quénu. — *a*) Indic. opér. dans l'app. chr. (Soc. chir., juin 1892) ; *b*) Trait. de l'ap. chr. (Journal des Praticiens, avril 1898).

Quillard. — De l'app. chez la femme. Thèse de Paris, 1900, 1901.

Robineau. — Ap. chr. (Journal de Méd. de Paris, 1914, p. 135).

Reclus. — *a*) App. et typhlo-côlite (Bull. Ac. de Méd., juin 1906) ; *b*) Bull. Ac. de Méd., mars 1897.

Richelot. — *a*) Bull. Ac. de Méd., juin 1906 ; *b*) Bull. Ac. de Méd., mai 1907 ; mai 1908.

Schwartz (*Anselme*). — *a*) De l'app. chr. (Progrès médic., juillet 1910) ; *b*) Douleur app. et rénale (Progrès médic., sept. 1910).

Veau. — App. chr. et hernie ing. (Bull. Soc. de Pédiâtrie, 1914, p. 241-245).

Williams. — A review of cases of chronic. app. (South M. J. Naphville, 1909, 713-717).

Walther. — *a*) Congrès fr. Chirurgie, 1898, 1906, 1908 ; *b*) Rapp. au Congrès fr. de Chirurgie, 1911 ; *c*) Troubles digest. de l'ap. chr. (Journal des Praticiens, mai 1900) ; *d*) Congrès fr. de Chirurgie, 1912.

Imprimerie de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 5311-21